Rapport du Manitoba sur les indicateurs de Santé :

Accord fédéral – provincial – territorial concernant l'établissement de rapports sur les indicateurs comparables, élaboré par la Conférence des sous-ministres et conclu par les premiers ministres

Septembre, 2002

Santé Manitoba

Table des matières

Sommaire 9

Introduction 13

Lettre sur la responsabilité de la direction 15

Rapport du vérificateur 16

Indicateurs de l'état de santé .....

1. Espérance de vie 21

1a. Espérance de vie 21

1b. Espérance de vie sans incapacité 24

Précision sur les données 25

2. Mortalité infantile 25

Précision sur les données 27

3. Poids insuffisant à la naissance 28

Précision sur les données 29

4. Auto-évaluation de l'état de santé 29

Précision sur les données 31

Indicateurs de résultats cliniques 33

5. Changements liés à l'espérance de vie 33

5a. Taux de mortalité standardisés selon l'âge

Taux de mortalité : Cancer du poumon 34

Taux de mortalité : Cancer de la prostate 35

Taux de mortalité : Cancer du sein 35

Taux de mortalité : Cancer colorectal 36

Taux de mortalité : Infarctus aigu du myocarde 37

Taux de mortalité : Accident cérébrovasculaire 38

Précision sur les données 38

5b. Taux de survie après 5 ans 39

Taux de survie après 5 ans : Cancer du poumon 39

Taux de survie après 5 ans : Cancer de la prostate 40

Taux de survie après 5 ans : Cancer du sein 40

Taux de survie après 5 ans : Cancer colorectal 40

Précision sur les données 41

5c. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un infarctus aigu du myocarde ..41

5d. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un accident cérébrovasculaire 41

Précision sur les données 42

5e.f. Taux net de survie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde et d'un accident cérébrovasculaire 42

6. Amélioration de la qualité de vie 43

6a. Taux d'arthroplastie totale de la hanche 43

6b. Taux d'arthroplastie totale du genou 44

Précision sur les données 45

7. Diminution des maladies dominantes, des pathologies et des blessures 45

7a. Taux d'incidence du cancer 45

Taux d'incidence : Tous les cancers 46

Taux d'incidence : Cancer du poumon 47

Taux d'incidence : Cancer de la prostate 48

Taux d'incidence : Cancer du sein 48

Taux d'incidence : Cancer colorectal 49

Précision sur les données 50

7b. Années potentielles de vie perdues 50

APVP : Cancer du poumon 51

APVP : Cancer de la prostate 52

APVP : Cancer du sein 52

APVP : Cancer colorectal 53

APVP : Infarctus aigu du myocarde 54

APVP : Accident cérébrovasculaire 55

APVP : Suicide 56

APVP : Blessures accidentelles 56

Précision sur les données 57

7c. Taux d'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin 58

Taux d'incidence : Méningococcie invasive 58

Taux d'incidence : Rougeole 59

Taux d'incidence : Haemophilus influenzae B (invasif) chez les enfants 60

Précision sur les données 61

7d. Prévalence du diabète 61

Précision sur les données 64

QUALITÉ DES SERVICES 65

8. Temps d'attente pour les services de diagnostic et de traitement essentiels 65

8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque 66

Chirurgie cardiaque : Mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente 66

Chirurgie cardiaque : Temps d'attente médian pour une chirurgie 67

Chirurgie cardiaque : Répartition des temps d'attente 67

Précision sur les données 68

8b. Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou 68

Chirurgie de la hanche et du genou : Mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente 68

Chirurgie de la hanche et du genou : Temps d'attente médian pour une chirurgie 69

Chirurgie de la hanche et du genou : Répartition des temps d'attente 70

Précision sur les données 71

8c. Temps d'attente pour des traitements de radiothérapie 72

Radiothérapie : Semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente 72

Radiothérapie : Temps d'attente médian pour une thérapie 73
Précision sur les données 73

8d. Temps d'attente pour une consultation auprès d'un spécialiste, des examens diagnostiques et une chirurgie 73

9. Satisfaction des patients 74

9a. Satisfaction des patients par rapport aux services de santé dans leur ensemble 74

9b. Satisfaction des patients par rapport aux soins hospitaliers 76

9c. Satisfaction des patients par rapport aux services des médecins de famille ou d'autres médecins 77

9d. Satisfaction des patients par rapport aux services communautaires 79

Précision sur les données 80

10. Réadmission à l'hôpital 80

11. Accès aux services de santé 24/7 81

12. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaire 81

12a. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaire : Admissions aux soins à domicile, personnes de 65 ans et plus 81

12b. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaire : Admissions aux soins à domicile, personnes de 75 ans et plus 82

12c. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaire : Utilisation des services de soins à domicile 83

12d. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaire : Conditions propices au traitement ambulatoire 83

Précision sur les données 85

13. Surveillance et protection de la santé publique 85

13a. Surveillance de la santé publique : Tuberculose 85

13b. Surveillance de la santé publique : Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 86

13c. Surveillance de la santé publique : E. coli producteurs de vérotoxines 87

13d. Surveillance de la santé publique : Chlamydia 87

13e. Surveillance de la santé publique : Exposition à la fumée de tabac ambiante au Canada 88

Précision sur les données 89

14. Promotion de la santé et prévention des maladies 89

14a. Promotion de la santé et prévention des maladies : Usage du tabac 89

14b. Promotion de la santé et prévention des maladies : Activité physique 91

14c. Promotion de la santé et prévention des maladies : Indice de masse corporelle 93

14d. Promotion de la santé et prévention des maladies : Immunisation contre la grippe chez les 65 ans et plus 95

Précision sur les données 96

Listes des tableaux et des figures

Figures

Figure 1 Espérance de vie à la naissance selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 2 Espérance de vie à la naissance selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 3 Espérance de vie à 65 ans selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 4 Espérance de vie à 65 ans selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 5 Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1996

Figure 6 Espérance de vie sans incapacité à 65 ans selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1996

Figure 7 Mortalité infantile, tous les poids de naissance au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 8 Mortalité infantile, poids à la naissance de 500 grammes et plus au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 9 Mortalité infantile au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 10 Poids insuffisant à la naissance au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 11 Poids insuffisant à la naissance pour les naissances à terme vivantes (500 grammes et plus) au Manitoba et au Canada – 1988 à 1999

Figure 12 Auto-évaluation de l'état de santé au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 13 Auto-évaluation de l'état de santé jugée excellente ou très bonne au Manitoba – 2000

Figure 14 Auto-évaluation de l'état de santé au Manitoba et au Canada – 1994 à 1998

Figure 15 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 16 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 17 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer de la prostate (hommes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 18 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du sein (femmes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 19 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 20 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 21 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour l'infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 22 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour l'infarctus aigu du myocarde au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 23 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour tous les accidents cérébrovasculaires, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 24 Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour tous les accidents cérébrovasculaires au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 25 Taux de survie standardisé selon l'âge après 5 ans à la suite d'un cancer du poumon, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997

Figure 26 Taux de survie standardisé selon l'âge après 5 ans à la suite d'un cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997

Figure 27 Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999-2000

103-06098/

Figure 28 Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale de la hanche au Manitoba et au Canada – 1995-1996 à 1999-2000

Figure 29 Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale du genou, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999-2000

Figure 30 Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale du genou au Manitoba et au Canada – 1995-1996 à 1999-2000

Figure 31 Taux d'incidence standardisé selon l'âge de toutes les tumeurs malignes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997

Figure 32 Taux d'incidence standardisé selon l'âge de toutes les tumeurs malignes au Manitoba et au Canada – 1976 à 1997

Figure 33 Taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1997

Figure 34 Taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1976 à 1997

Figure 35 Taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer de la prostate (hommes) au Manitoba et au Canada – 1976 à 2002

Figure 36 Taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du sein (femmes) au Manitoba et au Canada – 1976 à 2002

Figure 37 Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997

Figure 38 Taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer colorectal au Manitoba et au Canada – 1976 à 1997

Figure 39 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du poumon, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 40 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 41 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer de la prostate (hommes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 42 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du sein (femmes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 43 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 44 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer colorectal au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 45 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 46 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'infarctus aigu du myocarde au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 47 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'accident cérébrovasculaire, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 48 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'accident cérébrovasculaire au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 49 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au suicide, selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 50 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au suicide au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 51 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables aux blessures accidentelles, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Figure 52 Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables aux blessures accidentelles au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Figure 53 Taux d'incidence de la méningococcie invasive au Manitoba et au Canada – 1990 à 1998

Figure 54 Taux d'incidence de la rougeole au Manitoba et au Canada – 1980 à 2001

Figure 55 Taux d'incidence de Haemophilus Influenzae B (invasif) au Manitoba et au Canada – 1990 à 2000

Figure 56 Taux de prévalence du diabète standardisé selon les groupes d'âge et le sexe au Manitoba et au Canada – 1999-2000

Figure 57 Taux de prévalence du diabète standardisé selon les groupes d'âge pour les femmes au Manitoba et au Canada – 1997-1998 à 1999-2000

Figure 58 Taux de prévalence du diabète standardisé selon les groupes d'âge pour les hommes au Manitoba et au Canada – 1997-1998 à 1999-2000

Figure 59 Temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien au Manitoba – 2001-2002

Figure 60 Temps d'attente médian pour une arthroplastie totale de la hanche ou du genou au Manitoba – octobre 2001 à mars 2002

Figure 61 Temps d'attente médian pour la radiothérapie au Manitoba – 2001-2002

Figure 62 Pourcentage des personnes évaluant les services de soins de santé comme excellents ou très bons, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 63 Pourcentage des personnes qui déclarent être très ou plutôt satisfaites des services de soins de santé, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 64 Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services de soins de santé, selon le sexe et le groupe d'âge – 2000

Figure 65 Pourcentage des personnes évaluant les services hospitaliers comme excellents ou très bons, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 66 Pourcentage des personnes qui déclarent être très ou plutôt satisfaites des services hospitaliers, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 67 Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services hospitaliers, selon le sexe et le groupe d'âge – 2000

Figure 68 Pourcentage des personnes évaluant les services des médecins comme excellents ou très bons, selon le sexe au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 69 Pourcentage des personnes qui déclarent être très ou plutôt satisfaites des services des médecins, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 70 Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services des médecins, selon le sexe et le groupe d'âge – 2000

Figure 71 Pourcentage des personnes évaluant les soins communautaires comme excellents ou très bons, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 72 Pourcentage des personnes qui déclarent être très ou plutôt satisfaites des soins communautaires, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 73 Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services de soins communautaires, selon le sexe et le groupe d'âge – 2000

Figure 74 Taux d'admission par habitant aux services de soins à domicile – 1998-1999 à 2001-2002

Figure 75 Taux d'admission par habitant aux services de soins à domicile pour les Manitobains âgés de 75 ans et plus – 1998-1999 à 2001-2002

Figure 76 Taux standardisé selon l'âge des conditions propices au traitement ambulatoire, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999-2000

Figure 77 Taux standardisé selon l'âge des conditions propices au traitement ambulatoire au Manitoba et au Canada – 1995-1996 à 1999-2000

Figure 78 Taux standardisé selon l'âge des cas nouveaux, actifs et récurrents de tuberculose signalés par année au Manitoba et au Canada – 1990 à 2000

Figure 79 Taux d'incidence du VIH standardisé selon l'âge au Manitoba et au Canada – 1995 à 2001

Figure 80 Taux d'incidence des E. coli porteurs de vérotoxines standardisé selon l'âge au Manitoba et au Canada – 1996 à 2001

Figure 81 Taux d'incidence de la chlamydia standardisé selon l'âge au Manitoba et au Canada – 1995 à 2001*

Figure 82 Proportion de non-fumeurs* qui sont régulièrement exposés à la fumée secondaire du tabac dans les lieux publics et milieux de travail au Canada, selon l'âge et le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 83 Proportion des répondants fumant tous les jours, selon l'âge, au Manitoba et au Canada - 2000

Figure 84 Proportion des répondants de 12 à 19 ans qui sont des fumeurs actuels, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 85 Proportion des répondants de 12 à 19 ans qui sont des fumeurs actuels, au Manitoba et au Canada – 1994, 1996, 1998, 2000

Figure 86 Niveau d'activité physique des répondants de 12 ans et plus, selon le sexe, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, au Manitoba et au Canada – 2 000

Figure 87 Niveau d'activité physique des répondants de 12 ans et plus, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et à l'Enquête nationale sur la santé de la population, au Manitoba et au Canada – 1994, 1996, 1998, 2000

Figure 88 Indice de masse corporelle (IMC) des répondants âgés de 20 à 64 ans, selon le sexe, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 89 Immunisations contre la grippe des répondants de 65 à 74 ans à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Figure 90 Immunisations contre la grippe des répondants de 75 ans et plus, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Tableaux

Tableau 1 Liste d'attente pour un pontage aortocoronarien au Manitoba – 2001-2002

Tableau 2 Répartition des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien au Manitoba – 2001-2002

Tableau 3 Liste d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou au Manitoba – 2001-2002

Tableau 4 Répartition des temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche ou du genou au Manitoba – 2001-2002

Tableau 5 Liste d'attente pour la radiothérapie au Manitoba – 2001-2002

Sommaire

Les Canadiens veulent et ont besoin de renseignements sur les programmes et les services de santé subventionnés par les gouvernements partout au pays. Ce rapport reflète un engagement à rendre compte aux Canadiens et Canadiennes.

À l'automne 2000, les premiers ministres provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral ont convenu de fournir un rapport public périodique détaillé sur les services et les programmes de santé dispensés et sur le rendement du système de santé. Toutes les compétences fédérale, provinciales et territoriales ont aussi accepté que l'information contenue dans les rapports soit vérifiée par un tiers indépendant. Les gouvernements ont travaillé ensemble à l'élaboration d'un plan détaillé et ont convenu d'examiner des indicateurs ou des mesures comparables.

Les trois catégories générales et les 14 domaines d'indicateurs portent sur :

- l'état de santé : espérance de vie, mortalité infantile, poids insuffisant à la naissance, auto-évaluation de l'état de santé;
- les résultats cliniques : changements liés à l'espérance de vie, amélioration de la qualité de vie, diminution des maladies dominantes, des pathologies et des blessures;
- la qualité des services : temps d'attente pour les services de diagnostic et de traitement essentiels, satisfaction du patient, réadmissions à l'hôpital, accès aux services de santé 24/7, services de soins à domicile et de soins de santé communautaires; surveillance et protection de la santé publique, activités promotionnelles adéquates et prévention des maladies.

Dans le rapport du Manitoba, 56 indicateurs individuels mettent en évidence les principaux domaines du système de santé de la province. Les indicateurs du Manitoba sont comparés à des indicateurs similaires pour l'ensemble du Canada. Le vérificateur général du Manitoba a fourni une vérification de ces indicateurs effectuée par un tiers (annexée à ce rapport; voir à la page 16).

L'état de santé

Dans ce rapport, l'état de santé est représenté par l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité, le poids insuffisant à la naissance, la mortalité infantile et l'auto-évaluation de la santé.

L'espérance de vie représente le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre si les taux de mortalité actuels demeurent inchangés. Tant au Canada qu'au Manitoba, l'espérance de vie à la naissance a augmenté d'environ deux à trois ans entre 1979 et 1999. En 1999, elle était de 79 ans au Canada et de 78 ans au Manitoba. L'espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire le nombre d'années que devrait vivre une personne sans incapacité modérée ou grave, est aussi approximativement la même au Canada et au Manitoba (68,6 ans et 67,9 ans, respectivement).

Le taux de mortalité infantile, soit le nombre d'enfants qui décèdent au cours de la première année pour 1 000 naissances vivantes, est plus élevé au Manitoba que dans l'ensemble du Canada, bien que la tendance générale soit à la baisse. Par exemple, depuis 1979 au Manitoba, la proportion des bébés qui pèsent au moins 500 grammes à la naissance et qui décèdent dans la première année de vie a diminué de 49 %.

Un autre indicateur important de la santé infantile est le poids insuffisant à la naissance. En 1997, dans 26 pays industrialisés, le pourcentage d'enfants vivants dont le poids à la naissance était inférieur à 2 500 grammes (mais supérieur à 500 grammes) était de 6,1 %. Le taux de poids insuffisant à la naissance pour 1999 au Canada est de 5,6 %, ce qui est similaire au taux du Manitoba de 5,3 %.

Des recherches ont démontré que l'auto-évaluation de la santé est un indicateur important de l'état de santé. Au Manitoba ainsi que dans l'ensemble du Canada, environ 60 % des Canadiens considèrent leur état de santé très bon ou excellent (61,4 % au Canada et 60,4 % au Manitoba).

Les résultats cliniques

Les résultats cliniques examinent les changements liés à l'espérance de vie mesurée par les taux de mortalité ou de décès causés par certains cancers, par des infarctus du myocarde et par des accidents cérébrovasculaires. Les taux de survie après cinq ans pour certains cancers et les taux de mortalité après 30 jours à l'hôpital pour des infarctus du myocarde et des accidents cérébrovasculaires sont également présentés. Par exemple, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon est de 47,6 pour 100 000 habitants au Manitoba, ce qui est comparable au taux national de 50,0. Depuis 1979, le taux de mortalité à la suite d'un cancer du poumon a augmenté au Canada et au Manitoba. Les taux de mortalité d'autres cancers, comme le cancer colorectal et le cancer du sein ont baissé. Les taux de mortalité par crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde et accident cérébrovasculaire) ont aussi diminué au Canada et au Manitoba et sont comparables. Par exemple, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les crises cardiaques était de 60,2 pour 100 000 habitants au Canada par rapport à 55,6 pour 100 000 habitants au Manitoba.

Le rapport examine deux indicateurs reliés à une amélioration de la qualité de vie : le taux d'arthroplastie totale de la hanche et le taux d'arthroplastie totale du genou. Ces procédures visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées. Pour l'ensemble du Canada, le taux standardisé selon l'âge d'arthroplasties totales de la hanche pour 100 000 habitants était de 59,5 par rapport à 74,2 au Manitoba.

Un certain nombre d'indicateurs ont été choisis pour examiner la diminution des maladies dominantes, des pathologies et des blessures afin de mesurer les résultats cliniques. Ces indicateurs comprennent les taux d'incidence de divers cancers, les années potentielles de vie perdues en raison de certains cancers, d'une crise cardiaque, d'un accident cérébrovasculaire, d'un suicide et de blessures accidentelles. Le rapport examine aussi les taux de certaines maladies pouvant être prévenues par un vaccin et la prévalence du diabète.

L'indicateur des années potentielles de vie perdues est utilisé pour évaluer la perte pour la société causée par les décès qui surviennent avant l'âge de 75 ans et met spécialement en évidence l'effet des décès prématurés chez les jeunes. On détermine les années potentielles de vie perdues en soustrayant de 75 l'âge de la personne qui décède. Par exemple, si une personne de 35 ans meurt, le nombre d'années potentielles de vie perdues est de 40. Les décès causés par des blessures accidentelles et plus particulièrement par suicide sont associés à des taux élevés d'années potentielles de vie perdues.

Cette section indique également l'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Le taux de rougeole presque nul au Manitoba depuis 1994 démontre l'efficacité des vaccins et coïncide avec le nouveau protocole de vaccination à deux doses. De la même façon, le taux des cas de Haemophilus influenzae B (invasif) au Manitoba a été inférieur à 1,5 cas pour 100 000 habitants depuis l'introduction d'un nouveau vaccin en 1992-1993. Cela représente une diminution de 90 % par rapport au taux de 1990.

Veuillez noter que pour des besoins de comparaison, la plupart des données de cette section du rapport sont exprimées en taux standardisés. La structure du Manitoba selon l'âge est différente de celle de l'ensemble du Canada. Par conséquent, les différences des taux de maladies ne reflèteront peut-être pas les différences du risque de contracter la maladie, mais une différence du nombre de personnes à risque. Un taux standardisé représente donc le taux de maladies au Manitoba si la structure d'âge du Manitoba était similaire à celle du Canada. Il est important de comprendre qu'un taux standardisé n'est pas un nombre réel de cas; il s'agit d'une estimation de ce que serait le taux du Manitoba si sa structure d'âge était différente. Si nous comparions les données de ce rapport à celles d'un autre rapport dont les taux selon l'âge ou le sexe seraient spécifiques, les nombres seraient possiblement très différents.

Qualité des services

Ce rapport contient sept indicateurs principaux de la qualité des services et un grand nombre de sous-indicateurs. Les indicateurs principaux comprennent les temps d'attente pour des services de diagnostic et de traitement essentiels, la satisfaction des patients, les réadmissions à l'hôpital, l'accès aux services de santé 24 sur 24, 7 jours sur 7, les services de soins à domicile, la surveillance et la protection de la santé publique, la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Le rapport examine les temps d'attente pour les services de diagnostic et de traitement essentiels tels que la chirurgie cardiaque, la chirurgie de la hanche et du genou et les traitements de radiothérapie. Les temps d'attente sont difficiles à mesurer parce que des facteurs comme les préférences d'un patient pour consulter un médecin spécialiste particulier ou pour une date convenable entrent en jeu. Les définitions sont également différentes. Par exemple, le temps d'attente peut débuter lors de la première consultation chez le médecin de famille ou lorsqu'un médecin spécialiste identifie la nécessité pour le patient de recevoir un traitement particulier. Il est également difficile d'évaluer la pertinence des temps d'attente. Par exemple, certains patients peuvent être placés sur une liste d'attente pour une intervention qui n'est pas nécessaire actuellement mais qui le sera probablement dans un avenir plus ou moins rapproché. Les temps d'attente pour les interventions qui font l'objet de l'étude varient.

Une enquête à l'échelle nationale a mesuré et comparé la satisfaction des patients au Canada et au Manitoba. Certaines personnes ont été appelées à évaluer le système de santé en général. Un total de 84,4% de Canadiens et de 80,4 % de Manitobains ont qualifié le système de santé d'excellent à très bon. Au Canada, 79,9 % ont jugé les services hospitaliers comme étant excellents ou très bons par rapport à 82,1 % des Manitobains. Le taux de satisfaction pour les services hospitaliers était de 79,5 % au Canada et de 81,7 % au Manitoba. Les soins prodigués par un médecin étaient considérés excellents ou très bons par 89,6 % des Canadiens et par 90,1 % des Manitobains.

Les taux d'admissions aux soins à domicile ont augmenté avec le vieillissement. Par exemple, au Manitoba de 1998-1999 à 2001-2001, on comptait 0,013 admission par habitant pour des services de soins à domicile. Ce chiffre par habitant ne reflète pas nécessairement le taux pour un Manitobain donné étant donné qu'une personne peut recevoir plus d'un service de soins à domicile. Ce chiffre augmente à 0,072 admission par habitant pour les Manitobains âgés de 65 ans et plus et à 0,106 pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Les taux d'hospitalisation pour des conditions définies comme propices au traitement ambulatoire que l'on peut souvent traiter dans la communauté représentent un indicateur de l'accès approprié aux soins de santé communautaire. Il s'agit de conditions de santé à long terme qui peuvent souvent être traitées grâce à un traitement ponctuel et efficace, sans hospitalisation. En 1999-2000 au Manitoba, 495 pour 100 000 habitants ont été admis dans un hôpital de soins actifs pour une condition qui aurait pu être traitée au niveau communautaire. Ce nombre se compare à 401 pour 100 000 habitants au Canada. Dans l'ensemble, nous observons une diminution de 17 % du taux de conditions propices au traitement ambulatoire de 1995-1996 à 1999-2000 au Manitoba, ce qui est semblable au taux au Canada.

Les indicateurs de surveillance et de protection de la santé publique comprennent la surveillance de la tuberculose, des E. coli porteurs de vérotoxines, de la chlamydia et de l'exposition à la fumée de tabac ambiante. Fait à remarquer, les taux de tuberculose et de chlamydia standardisés selon l'âge sont plus élevés au Manitoba qu'au Canada alors les taux du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont plus bas. Comme le révèlent des éléments d'auto-évaluation de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les taux d'exposition à la fumée de tabac ambiante dans les endroits publics et dans les lieux de travail au Manitoba sont comparables à ceux du Canada.

Ce rapport expose quatre principaux domaines liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Ils comprennent l'usage du tabac, l'activité physique, l'obésité et l'immunisation contre la grippe pour les 65 ans et plus. Les données qui figurent dans cette section proviennent des renseignements d'auto-évaluation recueillis par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. La taille de l'échantillon du Manitoba pour cette enquête en l'an 2000 était d'environ 8 400 personnes. Les données d'auto-évaluation offrent souvent une introspection utile; cependant, leur précision peut ne pas être équivalente à celle des autres outils de mesure. Au Manitoba, la proportion de répondants qui ont déclaré fumer est généralement équivalente aux chiffres canadiens, sinon inférieure pour la plupart des groupes d'âge. Selon les données signalées par les Manitobains ayant participé à l'enquête, ces derniers pratiqueraient moins d'activité physique que l'ensemble des Canadiens interrogés, soit 17,4 % au Manitoba contre 21 % au Canada chez les personnes de plus de 12 ans interrogées. Si l'on compare avec les personnes interrogées au Canada, moins de Manitobains interrogés faisant partie du groupe d'âge des 20-64 ans ont indiqué avoir un poids acceptable, d'où le taux de 44,6 % au Manitoba contre 48,3 % au Canada. Environ 56 % des Manitobains âgés de 65 ans et plus ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année. Ce pourcentage est comparable au taux de l'auto-évaluation des Canadiens de 60 %.

Le Manitoba ne possède pas suffisamment de données pour établir un rapport comparatif sur les réadmissions à l'hôpital ou sur l'accès aux services de santé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, incluant les services de renseignements, de conseils et de traitements directs.

Une évaluation exhaustive de l'état de santé de la population et du rendement du système de santé est un sujet complexe. Afin de bien cerner l'état de santé d'une population, on doit comprendre les déterminants plus généraux de la santé qui peuvent inclure la composition démographique de la population (par exemple, les taux de fertilité, le vieillissement de la population, la composition ethnique), les tendances temporelles en matière de santé, la diversité socioéconomique et les niveaux d'instruction, pour n'en nommer que quelques-uns. Bien que les 56 indicateurs exposés dans ce rapport ne présentent pas un tableau complet de la santé des Manitobains, ils nous donnent un aperçu de la situation actuelle au Manitoba dans les domaines choisis.

INTRODUCTION

En septembre 2000, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral se sont engagés à soumettre un rapport public sur le système de santé au Canada. Chaque province et territoire, ainsi que le gouvernement fédéral, a établi un processus visant l'étude de mesures ou indicateurs communs dans le but de fournir aux Canadiens et Canadiennes des renseignements concernant leur système de soins de santé. Les gouvernements ont travaillé ensemble à l'élaboration d'un plan exhaustif et ont convenu d'examiner des indicateurs ou des mesures comparables dans les domaines généraux suivants :

- l'état de santé;
- les résultats cliniques;
- la qualité des services.

Entre septembre 2000 et décembre 2001, un processus de planification et de consultation a été mis en œuvre sur le plan national afin de définir 14 domaines d'indicateurs parmi les domaines généraux cités plus haut et les indicateurs particuliers devant faire l'objet du compte rendu.

Les premiers ministres provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral ont reconnu l'importance de leur responsabilité à l'égard des Canadiens. Il a aussi été établi que la vérification des rapports publics par un tiers indépendant augmenterait le rendement des services de santé.

Selon les premiers ministres, cette initiative sur la mesure du rendement :

- permet aux Canadiens de voir notre rendement quant à la réalisation de buts et d'objectifs communs;
- aide les personnes responsables de la prestation des soins de santé à prendre des décisions plus éclairées;
- encourage la définition et la propagation des pratiques exemplaires en contribuant à l'innovation en matière de services;
- augmente notre compréhension de l'utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent;
- aide les Canadiens à comprendre la façon dont les services de santé financés par l'État sont dispensés.

La responsabilité de l'intégrité du présent Rapport sur les indicateurs de santé du Manitoba appartient au ministre de la Santé.

Santé Manitoba met à jour les systèmes et les mesures afin de s'assurer que l'information est objective, complète et précise conformément à un accord sur les données à communiquer. Lors de la préparation du rapport, l'information concernant certains indicateurs sur laquelle s'est également appuyé le Ministère, provient d'intervenants externes tel qu'indiqué dans le rapport.

Il est important de reconnaître qu'une évaluation exhaustive de l'état de santé d'une population est un processus complexe. Pour bien comprendre la santé d'une population, on doit comprendre la composition démographique de cette population, les tendances temporelles de la santé et les facteurs déterminants de la santé, un grand nombre de questions qui ne sont pas abordées ici. Beaucoup de ces déterminants et de ces causes de la santé ou des maladies sont liés à des facteurs autres que le système de santé lui-même. Certains de ces facteurs peuvent comprendre les taux de fertilité, le vieillissement de la population, la composition ethnique, l'éducation, les revenus et les habiletés d'adaptation. Par exemple, certaines maladies ou conditions peuvent être plus prévalentes au sein de certaines communautés ou groupes désavantagés et ces conditions peuvent se refléter sur le statut global de la santé dans la province. Étant donné la disponibilité des données actuelles sur l'hospitalisation et des données sur la collectivité, 67 indicateurs ont été sélectionnés au départ, dont 56 figurent dans ce rapport. Bien que les 56 indicateurs présentés dans ce rapport ne donnent pas une idée précise de la santé des habitants du Manitoba, ils fournissent un aperçu des domaines choisis.

Santé Manitoba travaille à résoudre les problèmes qui l'ont empêché de respecter la totalité des exigences de rapport. En particulier, il n'a pas été possible de faire rapport sur 11 indicateurs dans les domaines d'indicateurs suivants :

- les taux de survie net à la suite d'un infarctus aigu du myocarde ou d'un accident cérébrovasculaire;
- les temps d'attente pour les spécialistes, les tests de diagnostic et les chirurgies;
- les réadmissions à l'hôpital pour des conditions particulières;
- l'accès 24/7 aux services de santé de première ligne.

Santé Manitoba collaborera avec les intervenants qui lui fournissent des renseignements au développement ou à l'amélioration des systèmes d'information afin de pouvoir respecter la totalité des exigences de rapport lors du prochain rapport.

Ce rapport reflète les données du Manitoba dans les 14 domaines d'indicateurs. Des définitions, des spécifications techniques et des exigences ont été mises au point au cours du processus national de planification et ont été observées dans la présentation des données de ce rapport. Les lecteurs doivent prendre note que lors de l'interprétation des résultats, les données peuvent comporter des restrictions importantes qui seront expliquées à la fin de chaque section sous le paragraphe intitulé « Précision des données ».

Les différences entre les taux au Manitoba et au Canada contenues dans le rapport peuvent ne pas être statistiquement significatives. On a pris soin de ne pas suggérer que les différences entre les taux sont statistiquement significatives lorsqu'elles peuvent ne pas l'être. Cependant, dans certains cas, les différences de taux entre les compétences ont été définies dans le texte du document même s'il est possible qu'elles ne soient pas significatives. Bien qu'elle ne soit pas comprise dans le rapport, une analyse de la signification statistique est offerte sur demande.

Une vérification externe du rapport du Manitoba a été effectuée par le Bureau du vérificateur général du Manitoba.

Manitoba

Sous-ministre
de la Santé

Winnipeg (Manitoba) CANADA
R3C 0V8

RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION POUR LA PRÉPARATION DE RAPPORTS SUR LES INDICATEURS DE SANTÉ

Le ministre de la Santé est responsable de l'intégrité du rapport sur les indicateurs de santé au Manitoba. Ma responsabilité consistait à surveiller la préparation du Rapport.

Santé Manitoba présente un rapport sur 56 des 67 indicateurs définis dans le cadre d'un processus de planification et de consultation des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. Dans la mesure du possible compte tenu des données disponibles, les indicateurs utilisés sont définis selon les accords établis lors du processus de planification nationale et les exigences techniques pour le calcul et la présentation des indicateurs ont été respectées. Des renseignements sont fournis lorsque des dérogations aux spécifications convenues étaient nécessaires ou lorsque des explications supplémentaires sont requises pour faciliter l'interprétation des données.

Les renseignements contenus dans le Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé et les systèmes d'information en matière de santé de Santé Manitoba sont la responsabilité de ce ministère. Cette responsabilité porte sur le maintien des systèmes d'information requis et des contrôles adéquats pour s'assurer que les renseignements générés par les systèmes sont précis et que les indicateurs de rendement et les explications connexes présentés dans le rapport sont fiables.

Pour la préparation du Rapport, Santé Manitoba s'est également appuyé sur les renseignements fournis par des parties externes, y compris Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et Santé Canada. Le ministère est raisonnablement confiant que les renseignements obtenus des sources externes sont exempts d'inexactitudes importantes.

Les limitations des systèmes de données maintenus par Santé Manitoba sont décrites dans le Rapport. Il faut noter que l'intégralité et la précision des données de source (comme les diagnostics par des professionnels de la santé et le rapport initial de cette information dans les dossiers de santé) n'ont pas été vérifiées au cours du processus de préparation du présent Rapport. En raison de ces limitations, nous sommes dans l'incapacité de déterminer si des ajustements aux indicateurs de santé du Manitoba présentés pourraient être nécessaires.

En autant que nous sachions, les renseignements contenus dans le rapport sont fiables à moins d'indications contraires et d'explications, et les indicateurs présentés reflètent sensiblement les faits à un niveau de précision raisonnable.

Le vérificateur général du Manitoba a été mandaté pour fournir une vérification externe sous la forme d'une opinion sur le Rapport.

Milton Sussman

30 septembre 2002

Milton Sussman, Sous-ministre

Bureau du
vérificateur général

330, avenue Portage, bureau 500
Winnipeg (Manitoba) CANADA
R3C 0C4

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

Au ministre de la Santé,

J'ai vérifié les **indicateurs de santé du Manitoba** présentés dans le ***Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé*** *de* septembre 2002, préparé par le ministère de la Santé et basé sur l'engagement énoncé dans le *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000. La Conférence des sous-ministres a défini 67 indicateurs particuliers devant régulièrement faire l'objet d'un rapport aux Canadiens et Canadiennes. La responsabilité de la reddition de comptes relative aux indicateurs de santé du Manitoba, conformément aux critères énoncés dans l'annexe 1, incombe au ministère de la Santé du Manitoba. Le rapport du ministère porte sur 56 des 67 indicateurs. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les indicateurs de santé en me fondant sur ma vérification. Toutefois, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance atteinte ou de la pertinence des indicateurs de santé du Manitoba. Ma vérification s'est limitée à l'information concernant l'année la plus récente faisant état de chaque indicateur.

Les données du ***Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé*** sont extraites de quatre sources principales:

- le ministère de la Santé du Manitoba, Réseau provincial d'info-santé;
- Statistique Canada;
- l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- Santé Canada.

À l'exception de ce qui est expliqué dans les paragraphes suivants, ma vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de santé du Manitoba sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de santé pour déterminer s'ils répondaient aux critères énoncés dans l'annexe 1. Ma vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de santé et de leur présentation. Ma vérification comprend également l'évaluation des estimations importantes faites par la direction du ministère de la Santé du Manitoba.

Modèle de restriction concernant les données du ministère de la Santé du Manitoba

Les données provinciales pour les six indicateurs de santé du Manitoba suivants ont été extraites des bases de données pertinentes du ministère de la Santé du Manitoba :

- *les admissions aux soins à domicile;*
- *les délais d'attente pour les chirurgies de la hanche;*
- *les délais d'attente pour les arthroplasties complètes du genou;*
- *les délais d'attente pour les chirurgies du cœur;*
- *les délais d'attente pour la radiothérapie – cancer du sein;*
- *les délais d'attente pour la radiothérapie – cancer de la prostate.*

Ces données sont produites par certains systèmes d'information, qui n'ont pu être vérifiés moyennant un effort raisonnable à cause de l'absence de contrôles assurant l'intégrité, l'exactitude et la présentation adéquate des données pour ces indicateurs du Manitoba. Par conséquent, je ne peux exprimer une opinion quant à l'intégrité et à l'exactitude des données utilisées, ou à leur présentation adéquate, pour ces indicateurs de santé du Manitoba.

Modèle de restriction concernant les données de l'Institut canadien d'information sur la santé

Les données utilisées pour les sept indicateurs de santé du Manitoba suivants ont été extraites des bases de données pertinentes de l'ICIS :

- *le taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus du myocarde;*
- *le taux de mortalité dans les 30 jours suivant un accident cérébrovasculaire;*
- *le taux d'arthroplasties complètes de la hanche;*
- *le taux d'arthroplasties complètes du genou;*
- *le taux de réadmissions hospitalières pour les infarctus aigus du myocarde;*
- *le taux de réadmissions hospitalières pour les pneumonies;*
- *le taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires.*

Je suis incapable à l'heure actuelle d'exprimer une opinion, pour les sept indicateurs du CRIP, quant à l'exactitude des données et à la présentation adéquate des limites relatives aux données extraites de la base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé sur les congés des patients et sur la morbidité hospitalière, à cause du manque de documentation sur le processus d'assurance qualité et de l'étude de ré-abstraction d'une durée de trois ans, qui donnera des renseignements sur la qualité des données d'entrée mais qui ne sera pas complété avant deux autres années.

Modèle de restriction concernant les données de Santé Canada

Les données nationales pour les huit indicateurs de santé du Manitoba suivants ont été extraites des bases de données pertinentes de Santé Canada :

- *le taux d'incidence de la méningococcie invasive;*
- *le taux d'incidence de la rougeole;*
- *le taux d'incidence de l'hemophilus influenzae b (invasive) chez les enfants;*
- *la prévalence du diabète;*
- *le taux d'incidence de la tuberculose;*
- *le diagnostic déclaré de VIH;*
- *le taux d'incidence des infections à E.coli producteurs de vérotoxines;*
- *le taux d'incidence de l'infection à Chlamydia.*

La participation à ces bases de données est volontaire. Il n'existe pas d'ententes officielles entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur l'échange, les normes et les définitions des données. Les processus d'assurance de la qualité pour ces bases de données sont inadéquats pour garantir l'exactitude des données. Dans le rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs de santé, Santé Canada déclare qu'il faut améliorer la qualité des données. Par conséquent, je ne suis pas en mesure de formuler une opinion sur l'exactitude des données, ni sur leur présentation adéquate, pour ces huit indicateurs de santé du Manitoba.

À mon avis, ***à l'exception des 21 indicateurs de santé du Manitoba indiqués dans les paragraphes précédents portant sur les restrictions, et à l'exception de l'effet de tout redressement que j'aurais pu déterminer comme étant nécessaire si les limites relatives aux données de base, telles que divulguées par la direction dans leur énoncé de responsabilité directoriale, n'avaient pas existées,*** les 35 autres indicateurs de santé du Manitoba compris dans le ***Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé*** de septembre 2002, et faisant l'objet de ma vérification, sont, à tous les égards importants, présentés fidèlement selon les critères énoncés dans l'annexe 1 et fournissent l'information requise par suite de l'engagement des premiers ministres de rendre compte à la population pris dans le cadre du Communiqué sur la santé émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres le 11 septembre 2000.

La direction du ministère de la Santé du Manitoba a présenté de façon adéquate les limites relatives aux données de base quant à l'intégralité et à l'exactitude dans leur énoncé de responsabilité, qui précède la présente opinion de vérification. De même, la direction du ministère de la Santé du Manitoba a présenté et expliqué de façon adéquate l'absence des 11 indicateurs de santé pour lesquels l'information de base n'est pas disponible actuellement.

Le ***Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé*** inclut des indicateurs de santé comparables concernant d'autres gouvernements (provinciaux, territoriaux et fédéral). Les indicateurs de santé pour certains des territoires et des provinces de même que pour les programmes du gouvernement canadien ont été vérifiés par des vérificateurs externes alors que, pour d'autres provinces, des vérificateurs externes ont été engagés afin d'appliquer uniquement les procédés de vérification spécifiés. L'annexe 2 inclut une explication sur la différence entre ces deux types de mission ainsi que des détails sur la nature de la mission effectuée au regard de chacune des administrations. Les résultats et observations des vérificateurs découlant des missions relatives aux autres administrations sont inclus dans les rapports respectifs des gouvernements.

Je considère comme encourageant le travail accompli par le ministère de la Santé du Manitoba dans la préparation de son premier rapport sur les indicateurs de santé. Le Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé est une œuvre en cours d'élaboration. La direction du ministère de la Santé du Manitoba a défini les domaines où les indicateurs de santé du Manitoba dérogent des critères énoncés dans l'annexe 1. La direction a présenté fidèlement les dérogations et leur raison d'être. Les lecteurs sont encouragés à utiliser le Rapport du Manitoba sur les indicateurs de santé, mais tout en gardant à l'esprit les explications des dérogations données par la direction.

Winnipeg (Manitoba)
Le 23 septembre 2002

Jon W. Singleton, CA•CISA
Le vérificateur général

Annexe 1

Critères de vérification

Le ministère de la Santé du Manitoba a reconnu la pertinence des critères suivants :

Intégralité

Les indicateurs de santé faisant l'objet du rapport respectent toutes les exigences requises en matière de mesure de la performance et de reddition de comptes par suite de l'engagement énoncé dans le *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000. Les indicateurs de santé sont conformes aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées par la Conférence des sous-ministres.

Exactitude

Les indicateurs de santé faisant l'objet du rapport reflètent correctement les faits, à un niveau approprié d'exactitude.

Présentation adéquate

Les indicateurs de santé sont définis et leur signification respective ainsi que leurs limites sont expliquées. Le rapport signale et décrit correctement les dérogations à ce qui a été approuvé lors de la Conférence des sous-ministres et il explique les mesures envisagées afin de résoudre toute situation de non-conformité.

Annexe 2

Vérification de l'information comparative provenant des autres gouvernements

Les gouvernements du Canada, des territoires et des provinces ont adopté différentes approches dans le but de satisfaire aux exigences du *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres en septembre 2000, lesquelles exigences concernent la « vérification par une tierce partie » de leurs rapports sur la santé. Certains gouvernements ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification au sujet de leur rapport sur la santé et d'autres ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués. Les paragraphes ci-dessous exposent les principales différences entre une mission de certification et celle consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Pour une comparaison complète, veuillez vous référer au chapitre 5025 du *Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés* (ICCA) en ce qui a trait aux missions de certification et au chapitre 9100 en ce qui a trait aux missions consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Je crois, pour les raisons mentionnées ci dessous, qu'une vérification selon le chapitre 5025 du Manuel de l'ICCA est l'approche à préconiser.

Dans une mission de vérification, la responsabilité du vérificateur consiste à fournir une assurance aux utilisateurs, sous la forme d'une opinion de vérification, relativement à un rapport préparé par la direction. Le vérificateur détermine la nature, l'étendue, le calendrier d'application ainsi que le caractère suffisant et adéquat des procédés de vérification, lesquels, selon son jugement, sont nécessaires pour fournir un niveau élevé d'assurance sur le sujet en question, en l'occurrence sur les indicateurs de santé inclus dans le rapport sur la santé.

Dans une mission consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés, la responsabilité du vérificateur est de faire rapport sur les résultats de l'application de procédés de vérification spécifiés par la direction. Comme l'étendue des procédés de vérification spécifiés peut varier selon les missions, ces dernières sont difficilement comparables. Et comme l'étendue des procédés appliqués n'est pas suffisante pour constituer une vérification, les rapports ne permettent pas d'exprimer une opinion de vérification. Les rapports indiquent quels procédés ont été appliqués et uniquement les résultats factuels découlant de ces procédés, laissant au lecteur le soin de déterminer la fiabilité de l'information.

Le tableau suivant énumère les gouvernements qui ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification concernant leur rapport sur la santé et ceux qui ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués.

Opinion de vérification ICCA 5025	**Procédés de vérification spécifiés ICCA 9100**
Colombie-Britannique	Alberta
Saskatchewan	Ontario
Manitoba	Nouveau-Brunswick
Québec	Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse	Terre-Neuve et Labrador
Territoire du Yukon	
Territoires du Nord-Ouest	
Nunavut	
Canada	

INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

1. ESPÉRANCE DE VIE

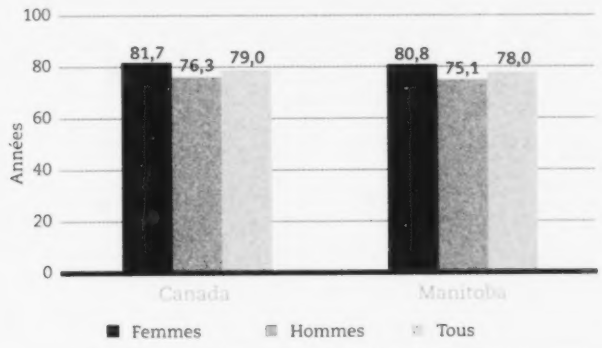
1a. Espérance de vie

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait vivre une personne si les taux de mortalité d'aujourd'hui restaient les mêmes tout au long de sa vie. L'espérance de vie est largement utilisée comme indicateur de la santé d'une population. Dans les pays industrialisés comme le Canada, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes – on prévoit que les femmes vivront plus longtemps que les hommes. En 1999, le Japon a obtenu le plus haut niveau d'espérance de vie au monde : 84,1 ans chez les femmes et 77,3 ans chez les hommes (*Organisation des Nations Unies, Rapport mondial sur le développement humain de 2001*).

L'espérance de vie est un indicateur statistique standardisé. Il s'agit d'une moyenne pour l'ensemble de la population qui ne représente pas le nombre d'années qu'une personne donnée peut s'attendre à réellement vivre. Les taux de mortalité sont utilisés pour la période d'observation (par ex. 1998) et ce sont des moyennes pour l'ensemble de la population.

Comme l'indique la figure 1, les Manitobaines ont une espérance de vie supérieure à celle des Manitobains. Les femmes nées au Manitoba en 1999 devraient vivre une moyenne de 80,8 ans alors que les hommes peuvent espérer vivre pendant 75,1 ans. Ces valeurs sont comparables à la moyenne nationale qui est de 81,7 chez les femmes et de 76,3 chez les hommes.

Figure 1.
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999



Historiquement, les taux de mortalité ou de décès au Canada ont diminué de telle sorte que les taux de mortalité dans les années à venir pourraient être plus bas. À mesure que les taux de mortalité baissent dans l'ensemble du pays, l'espérance de vie augmente. Depuis 1979, au Manitoba et au Canada, l'espérance de vie à la naissance a augmenté d'à peu près 2 ou 3 ans. La figure 2 montre l'espérance de vie à la naissance, séparément, chez les hommes et chez les femmes. Au Canada et au Manitoba, les femmes bénéficient d'une plus grande espérance de vie que les hommes. Cet écart s'est rétréci au cours de la dernière décennie, alors que les hommes ont démontré une augmentation de l'espérance de vie supérieure à celle des femmes.

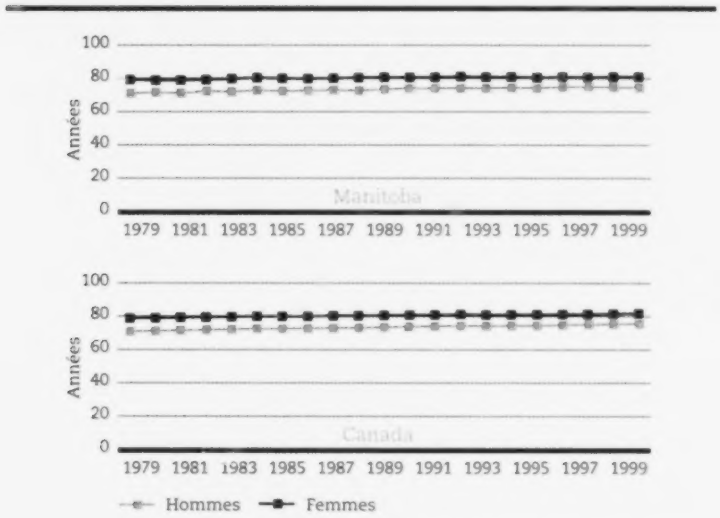
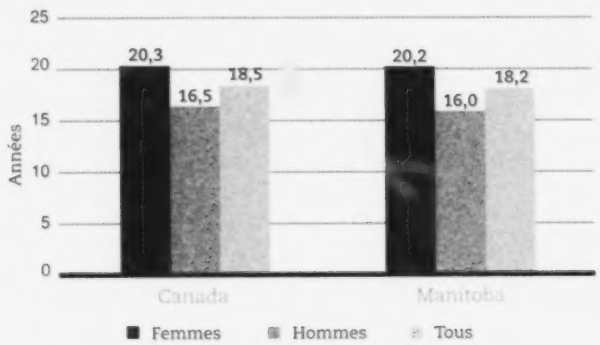


Figure 2.
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

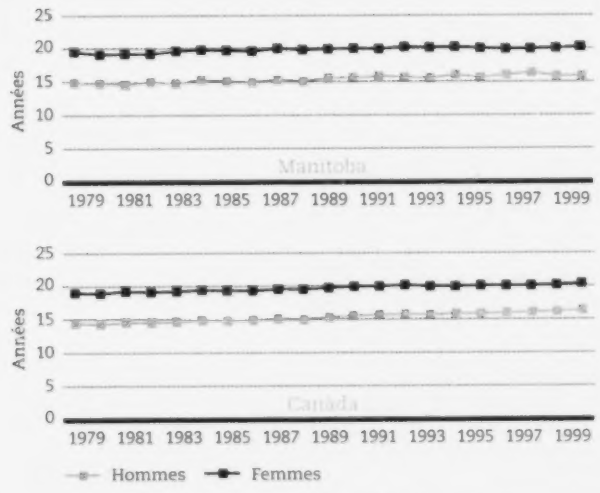
Dans les pays développés et industrialisés, l'espérance de vie peut également être exprimée comme l'espérance de vie à l'âge de 65 ans ou le nombre d'années en moyenne qu'une population devrait vivre après l'âge de 65 ans. La figure 3 indique l'espérance de vie à l'âge de 65 ans au Canada et au Manitoba. Comparativement aux données présentées à la figure 1, l'écart entre l'espérance de vie des Manitobains et celle des Manitobaines se resserre, suggérant probablement un taux de mortalité plus élevé chez les hommes avant l'âge de 65 ans par rapport aux femmes.

Figure 3.
Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999



La figure 4 illustre les changements en matière d'espérance de vie à l'âge de 65 ans pour le Canada et le Manitoba, selon le sexe. Depuis 1979, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans pour les hommes et les femmes a changé globalement d'environ une année au Manitoba et au Canada. Étant donné que l'espérance de vie à la naissance au Manitoba et au Canada a augmenté de 2 à 3 ans, il est possible que la plus grande part du gain dans l'espérance de vie à la naissance provienne d'une diminution des décès avant l'âge de 65 ans.

Figure 4.
Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



1b. Espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité est le nombre d'années qu'une personne moyenne devrait vivre sans incapacité modérée ou grave. L'espérance de vie sans incapacité fait une distinction entre les années de vie exempte de toute incapacité et les années de vie avec au moins une incapacité. Une incapacité est définie comme étant une limitation d'activité importante au foyer, au travail ou à l'école. Cette évaluation peut être faite à partir de la naissance (pour l'espérance de vie sans incapacité à la naissance) ou à l'âge de 65 ans (pour l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans). L'espérance de vie sans incapacité est calculée à partir des statistiques de mortalité et de la prévalence des incapacités selon l'âge et le sexe au cours d'une période d'observation donnée, habituellement une année civile.

L'espérance de vie sans incapacité est utilisée pour illustrer le fait que toutes les années de vie d'une personne ne sont pas vécues en parfaite santé. La maladie chronique, la fragilité et l'incapacité ont tendance à être plus prévalentes avec l'âge; une population dont l'espérance de vie est plus élevée n'est pas forcément plus en santé. À vrai dire, une des questions importantes en ce qui concerne une population vieillissante est de savoir si l'augmentation de l'espérance de vie sera associée à plus ou moins de gens vivant avec des incapacités. Si l'espérance de vie sans incapacité augmente plus rapidement que l'espérance de vie d'une population, les gens vivent alors plus longtemps et vivent une plus grande partie de leur vie sans incapacité.

Dans le présent rapport, l'incapacité est définie comme étant le fait de vivre avec une incapacité modérée ou grave ou dans une institution. La figure 5 démontre que les Manitobaines nées en 1996 devraient vivre environ 69 ans sans incapacité, comparativement à 66 ans pour les Manitobains. Comme c'est le cas pour les données concernant l'espérance de vie, les données d'espérance de vie sans incapacité au Manitoba se comparent aux données au Canada, soit de 66,9 et 70,2 années pour les hommes et les femmes, respectivement.

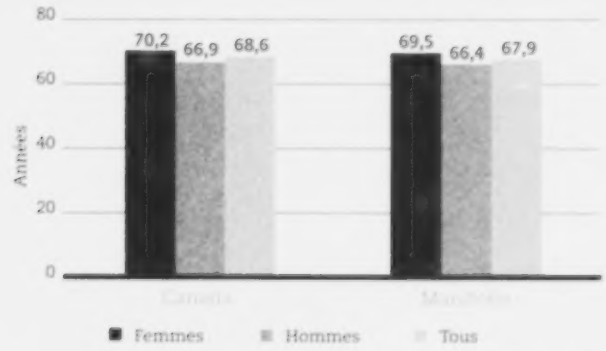
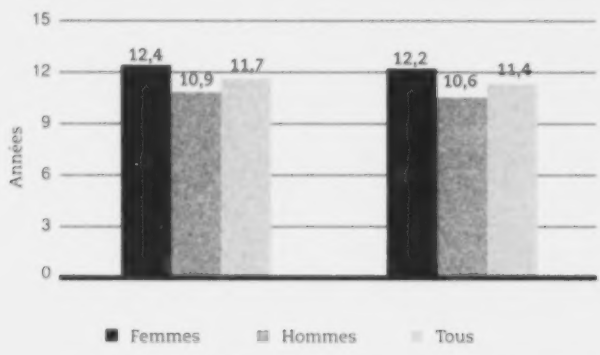


Figure 5.
Espérance de vie sans incapacité à la naissance, selon le sexe, au Manitoba et au Canada, 1996

La figure 6 illustre l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans au Canada et au Manitoba. En considération des données sur l'espérance de vie à l'âge de 65 ans présentées à la figure 3, les Manitobains devraient vivre, en moyenne, la plus grande partie de leurs années de vieillesse sans incapacité (11,4 années sans incapacité sur 18,2 années de vie après 65 ans). Une fois encore, les données du Manitoba sont comparables à la moyenne canadienne, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Figure 6.
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1996



Précision sur les données

Les données sur l'espérance de vie excluent tous les non-résidents du Manitoba pour les décès (données du numérateur) et les estimations de la population (données du dénominateur). En d'autres termes, une personne qui décède à l'extérieur de la province, même si elle est née et a vécu au Manitoba, ne fera pas partie des statistiques sur l'espérance de vie.

La même situation s'applique pour tous les non-résidents du Manitoba qui sont exclus des données portant sur l'espérance de vie sans incapacité. De plus, dans le cas de l'indicateur de l'espérance de vie sans incapacité, les personnes vivant sur des bases militaires ou des réserves des Premières nations sont exclues de l'enquête sur la santé d'où proviennent ces données.

2. Mortalité infantile

La mortalité infantile est le nombre d'enfants qui décèdent au cours de leur première année de vie. Elle est exprimée sous la forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile est une mesure reconnue depuis longtemps pour évaluer la santé des enfants ainsi que le bien-être d'une population. Il reflète non seulement le taux de mortalité, mais également le statut de la santé et des soins de santé d'une population, l'efficacité des soins préventifs et l'intérêt porté à la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que les facteurs sociaux plus généraux (par exemple, instruction de la mère, usage du tabac). Le taux moyen de mortalité infantile en 1997 pour 29 des 30 pays industrialisés était de 7,3 décès pour 1 000 naissances vivantes, comparativement à 5,5 pour 1 000 au Canada (*Organisation de coopération et de développement économiques* – OCDE). Au sein des pays industrialisés, un taux de mortalité infantile inférieur à 4,0 pour 1 000 est considéré exceptionnellement bon. En examinant les données de 1996, on s'aperçoit que seuls le Japon et l'Islande ont obtenu des taux aussi bas.

La figure 7 illustre le taux de mortalité infantile pour le Manitoba et l'ensemble du Canada, selon le sexe, en 1999. Autant à l'échelle nationale que provinciale, le taux de mortalité infantile des garçons est supérieur à celui des filles.

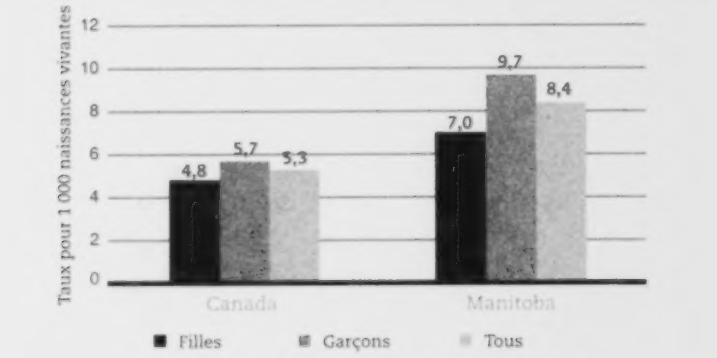


Figure 7.
Mortalité infantile, tous les poids à la naissance, au Manitoba et au Canada – 1999

De façon générale, la mortalité infantile est évaluée chez les enfants dont le poids à la naissance est supérieur à 500 g parce que les bébés ayant un poids très faible à la naissance, s'ils sont nés vivants, ont un taux de mortalité exceptionnellement élevé. Lorsque tous les enfants, quel que soit le poids à la naissance, sont inclus dans les calculs de mortalité infantile, les régions ayant une plus grande proportion d'enfants dont le poids à la naissance est faible auront souvent des taux de mortalité infantile plus élevés. Lorsque les naissances au poids très faible à la naissance (moins de 500 grammes) sont exclues des analyses, le taux global de mortalité infantile pour le Manitoba diminue de 23 % chez les enfants de sexe masculin et de sexe féminin (figure 8). En excluant les nourrissons ayant un poids très faible à la naissance, 6,4 enfants pour 1 000 naissances vivantes sont morts dans la première année de vie, au Manitoba en 1999. Étant donné que ce taux est 49 % plus élevé chez les enfants de sexe masculin que chez les enfants de sexe féminin et qu'il est 1,4 fois plus élevé que la moyenne canadienne (4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes), les données semblent indiquer que le taux de mortalité infantile au Manitoba est entraîné par des facteurs autres que le poids insuffisant à la naissance (*Rapport de surveillance périnatale au Manitoba de 1985 à 1996*; *Rapport de surveillance périnatale au Manitoba de 1989 à 1998*).

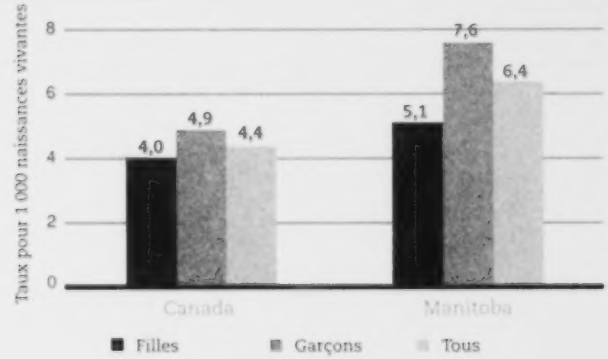
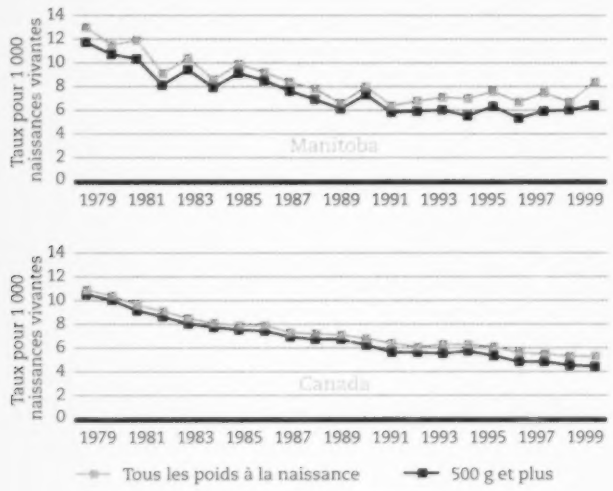


Figure 8.
Mortalité infantile, poids à la naissance de 500 grammes et plus, au Manitoba et au Canada – 1999

Partout au Canada et au Manitoba, les tendances relatives à la mortalité infantile montrent des diminutions du pourcentage des nourrissons qui décèdent dans la première année de vie. La figure 9 compare le taux de mortalité infantile chez les enfants faisant partie de la catégorie incluant tous les poids à la naissance et chez les enfants pesant au moins 500 grammes à la naissance et ce, séparément pour le Manitoba et pour le Canada. Depuis 1979, le pourcentage des bébés qui pèsent au moins 500 grammes à la naissance et qui décèdent dans la première année de vie a diminué de 49 % au Manitoba. Toutefois, une grande partie de cette baisse s'est produite avant le milieu des années 1990. Depuis 1996, le taux de mortalité infantile chez les bébés pesant 500 grammes et plus a augmenté. Les données nationales n'affichent pas une tendance analogue alors que le taux de mortalité infantile chez les bébés pesant 500 grammes et plus a continué de baisser depuis le milieu des années 1990.

Figure 9.
Mortalité infantile au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



Précision sur les données

Pour le calcul de la mortalité infantile, les bébés morts-nés ont été exclus du numérateur et du dénominateur. Les naissances dont les mères ne vivent pas au Manitoba et les morts infantiles de non-résidents du Manitoba sont exclues de cette analyse. Les enfants qui naissent ou qui décèdent à l'extérieur du Manitoba, mais dont la mère réside au Manitoba sont inclus dans les données du Manitoba. Lorsque le taux de mortalité infantile est précisé comme reflétant les décès des enfants dont le poids à la naissance était de 500 grammes ou plus, les enfants dont le poids à la naissance était inférieur à 500 grammes ont été exclus.

Programmes prénataux destinés aux femmes enceintes

- Par le biais de partenariats incluant Santé Manitoba, Enfants en santé Manitoba, les Offices régionaux de la santé et d'autres organismes, un certain nombre de programmes de soutien sont offerts aux femmes enceintes et aux nouveaux parents partout au Manitoba. Par exemple, les Offices régionaux de la santé fournissent des services de soins prénataux, d'éducation et les Programmes Priorité aux bébés.
- Enfants en santé Manitoba gère également un programme de prestation prénatale (fournie sur la base du revenu) et un programme d'éducation sur nutrition destiné aux femmes enceintes et aux nouveaux parents afin de leur apprendre à reconnaître les aliments nutritifs et à les acheter.

3. Poids insuffisant à la naissance

Le poids insuffisant à la naissance se définit comme la proportion de naissances vivantes dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes et au moins de 500 grammes. Le poids insuffisant à la naissance est un indicateur important de l'état général de santé des nouveau-nés et un facteur déterminant essentiel de la survie, de la santé et du développement de l'enfant. Les nourrissons dont le poids à la naissance est insuffisant sont plus à risque de décéder pendant la première année de vie. S'ils survivent, ils sont plus susceptibles d'être atteints d'incapacités et de maladies telles que l'infirmité motrice cérébrale, les problèmes visuels, les troubles d'apprentissage et les problèmes respiratoires. Au Canada, le poids insuffisant à la naissance est un facteur de risque principal associé à la mortalité infantile.

Le poids insuffisant à la naissance est associé à une mauvaise santé et au mode de vie de la mère, ainsi qu'aux circonstances économiques. Cet indicateur est aussi associé à des naissances multiples et à une procréation médicalement assistée. Des soins médicaux appropriés et un mode de vie sain chez la femme enceinte peuvent augmenter les chances du bébé de naître avec un poids santé. Il faut noter que les variations dans la composition ethnique sont un facteur susceptible de créer de la confusion puisque certains groupes ethniques ont tendance à avoir des bébés de faible poids, même si ces nourrissons sont d'autre part en bonne santé.

En 1997, dans 26 des 30 pays industrialisés, le taux de l'indicateur de poids insuffisant à la naissance était de 6,1 % des naissances vivantes par rapport à 5,8 % au Canada (OCDE). Dans les pays industrialisés, un taux de poids insuffisant à la naissance de moins de 5,0 est jugé bon. Semblable à la moyenne canadienne, 5,3 % de toutes les naissances vivantes au Manitoba ont un poids inférieur à 2 500 grammes à la naissance (voir figure 10). La majorité de ces nourrissons au poids insuffisant à la naissance pèsent au moins 500 grammes et seulement 0,2 % de toutes les naissances vivantes dans la province sont jugées comme ayant un poids très faible à la naissance (moins de 500 grammes). Ces données sont très semblables aux données nationales selon lesquelles 0,1 % de toutes les naissances vivantes ont un poids très faible à la naissance.

Au Manitoba, près de 70 % des nourrissons présentant un poids insuffisant à la naissance sont prématurés (*c'est-à-dire, avant 37 semaines de grossesse ; Manitoba Perinatal Surveillance Report, 1985-1996; Manitoba Perinatal Surveillance Report, 1989-1998*). Cela semble indiquer qu'en essayant de mieux comprendre les facteurs déterminants du poids insuffisant à la naissance, les facteurs de risques importants relatifs à une naissance prématurée doivent être pris en considération.

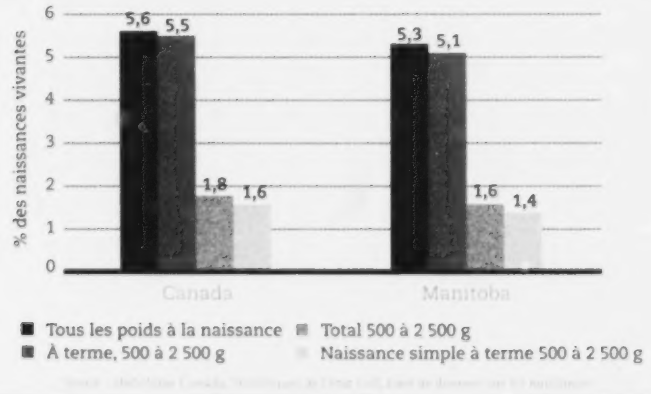
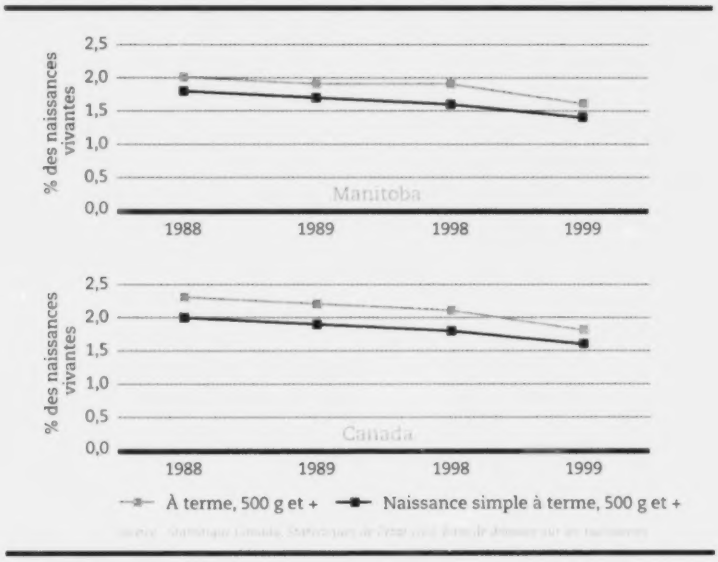


Figure 10.
Poids insuffisant à la naissance au Manitoba et au Canada – 1999

Tel qu'illustré à la figure 11, le taux de poids insuffisant à la naissance, exprimé en pourcentage du nombre total de naissances à terme vivantes, a diminué lentement au cours des 10 dernières années et cette diminution s'observe tant au Manitoba que dans l'ensemble du Canada.

Figure 11. Poids insuffisant à la naissance chez les naissances à terme vivantes (500 g et plus) au Manitoba et au Canada – 1988 à 1999



Précision sur les données

Le taux de poids insuffisant à la naissance est exprimé par le rapport entre le nombre de tous les enfants nés vivants pesant moins de 2 500 grammes et le nombre total de naissantes vivantes pesant 500 grammes ou plus. Les enfants mort-nés et les enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes sont exclus tant du numérateur que du dénominateur. De plus, les naissances dont le poids à la naissance est inconnu sont également exclues. Les naissances dont les mères ne résident pas au Manitoba sont également exclues de l'analyse. Les enfants qui naissent à l'extérieur du Manitoba mais dont la mère réside au Manitoba font partie des données du Manitoba.

4. Auto-évaluation de l'état de santé

L'auto-évaluation de l'état de santé est le pourcentage de la population de 12 ans et plus qui évalue sa santé comme étant très bonne ou excellente. L'auto-évaluation de la santé est un indicateur reconnu de l'état général de santé des individus. Elle peut inclure ce que d'autres mesures pourraient manquer, comme la gravité de la maladie, certains aspects d'un état de santé positif, la réserve physiologique et psychologique, et les fonctions sociales et mentales.

Les données d'auto-évaluation de l'état de santé sont recueillies en se fondant sur une échelle d'évaluation à cinq points allant de « excellent » à « mauvais ». Des études démontrent que lorsque des personnes évaluent leur santé en réponse à cette question, elles mettent à profit les renseignements qui ont une efficacité prédictive importante par rapport à l'incidence des maladies chroniques, au déclin fonctionnel et, à la limite, à la survie.

Comme l'illustre la figure 12, 60 % des Manitobains considèrent leur état de santé très bon ou excellent. Ce graphique correspond aux données illustrées précédemment à la figure 5 qui démontraient que les Manitobains nés en 1996 devraient vivre environ les deux tiers de leur vie sans incapacité. L'ensemble des Canadiens signalent un état de santé similaire, soit excellent.

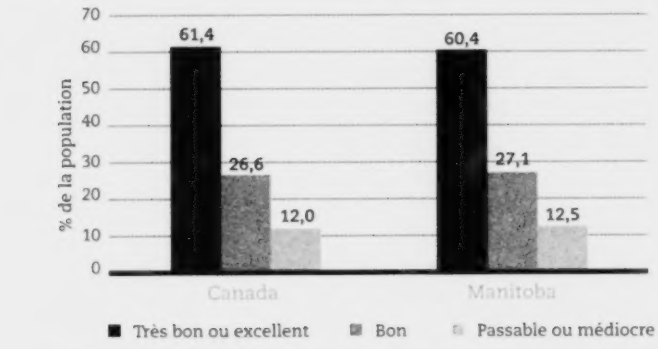


Figure 12. Auto-évaluation de l'état de santé au Manitoba et au Canada – 2000

La figure 13 indique que les Manitobains plus âgés sont moins susceptibles d'évaluer leur santé comme étant excellente ou bonne que leurs homologues plus jeunes.

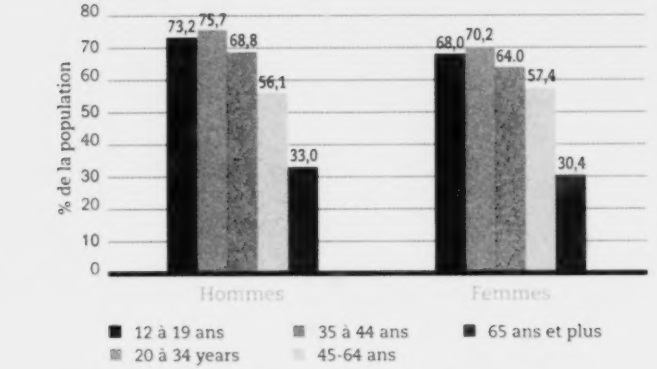
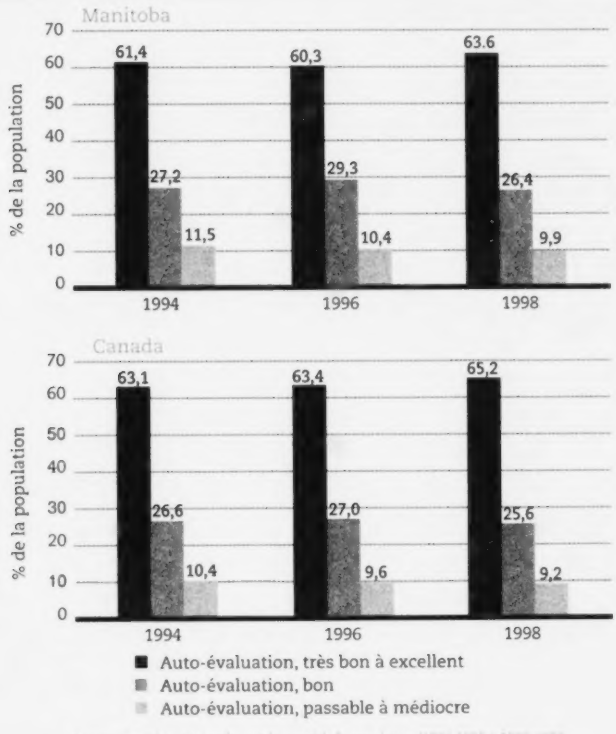


Figure 13. Auto-évaluation de l'état de santé jugée excellente ou très bonne au Manitoba – 2000

La figure 14 indique que la proportion des Canadiens dans l'ensemble et des Manitobains qui sont satisfaits de leur état de santé a été de plus de 60 % au cours des quelques dernières enquêtes sur la santé, avec peu de variation.

Figure 14. Auto-évaluation de l'état de santé au Manitoba et au Canada – 1994 à 1998



Source : Enquêtes nationales sur la santé de la population (1994-1995 à 1998-1999)

Précision sur les données

Les données pour cet indicateur ont été rassemblées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (données de l'an 2000) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (données de 1994 à 1998). Ces données s'appliquent aux personnes de 12 ans et plus qui vivent dans des ménages privés au Manitoba. Tout en fournissant des renseignements utiles sur la perception qu'ont les individus de leur état de santé, ces données ne peuvent être jugées représentatives et ne peuvent donc refléter la perception véritable de l'état de santé des Manitobains. En particulier, les personnes qui vivent dans des réserves indiennes et sur des terres de la Couronne ne font pas partie des diverses enquêtes sur la santé d'où proviennent ces données. Les conséquences sur l'interprétation des données sont par le fait même importantes puisque l'état de santé des membres des Premières nations qui vivent dans les réserves peut être très différent et la perception qu'ils ont de leur santé peut aussi être très différente de celle de la population du Manitoba qui ne vit pas dans les réserves. En outre, la clientèle des institutions, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

Indicateurs de résultats cliniques

Les indicateurs de résultats cliniques servent à refléter l'effet des programmes et des services des systèmes de santé sur l'état de santé. Il est reconnu qu'il est difficile d'évaluer à quel point un résultat clinique particulier est influencé par des programmes et des services de santé en se fondant seulement sur des données d'indicateurs. Dans la mesure du possible, des indicateurs ont été choisis là où les recherches avaient établi le rapport entre des interventions particulières et l'effet sur des résultats cliniques.

Trois domaines de résultats cliniques dans cette section sont reliés, et l'attention est portée principalement aux indicateurs de plusieurs grands groupes de maladies pour lesquels le public manifeste un intérêt considérable : le cancer, les maladies cardiovasculaires et l'accident cérébrovasculaire. Tous ces indicateurs se recoupent et dressent le portrait de la situation. Par exemple, les taux d'incidence et de mortalité montrent l'ensemble des maladies dominantes de ces conditions et fournissent un contexte des taux de survie. Des mesures de survie à court et à plus long terme témoignent respectivement de l'effet des soins actifs et des soins de longue durée et ensemble, elles démontrent où et de quelle façon le système de santé améliore la survie. Les années potentielles de vie perdues (APVP) reflètent l'étendue du succès de la prévention relative à la perte de vie prématurée occasionnée par ces causes spécifiques.

Bien que certaines interventions du système de santé sauvent des vies, la plupart des interventions sont destinées à améliorer la qualité de vie liée à la santé. C'est le résultat visé par l'arthroplastie par prothèse totale et les preuves fournies par les recherches appuient l'efficacité de cette chirurgie dans l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé. Les taux d'arthroplastie totale de la hanche et du genou sont proposés comme indicateurs auxiliaires d'une amélioration de la qualité de vie. Ces indicateurs seront utilisés jusqu'à ce que des mesures plus comparables et plus spécifiques des fonctions du patient et de la douleur associées à différents états de santé soient mesurées régulièrement à l'échelle du pays.

5. Changements liés à l'espérance de vie

Les changements liés à l'espérance de vie, tels que mesurés par les taux de mortalité et de survie, peuvent être utilisés comme un indicateur de l'effet du système de santé sur la survie. Les indicateurs sélectionnés dans ce rapport comprennent :

(a) les taux de mortalité standardisés selon l'âge pour le cancer du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal, l'infarctus aigu du myocarde et l'accident cérébrovasculaire;
(b) les taux de survie standardisés après cinq ans pour le cancer du poumon, de la prostate, du sein, et le cancer colorectal;
(c) les taux de mortalité à l'hôpital, ajustés pour le risque, dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde et un accident cérébrovasculaire;
(d) les taux nets de survie après un infarctus aigu du myocarde (365 jours) et après un accident cérébrovasculaire (180 jours).

Les taux par maladie indiquent le nombre d'événements par maladie pour 100 000 personnes à risque. La population à risque comprend toutes les personnes susceptibles de contracter la maladie. Par exemple, le taux de mortalité pour le cancer du sein représente le nombre de femmes décédées à la suite d'un cancer du sein, ce nombre étant exprimé par rapport à la population à risque (par exemple, toutes les femmes, âgées de 18 ans et plus). Les femmes de moins de 18 ans et les hommes ne sont pas inclus dans le dénominateur puisqu'ils ne sont pas considérés comme étant à risque dans le cas du cancer du sein.

Lorsqu'elles sont utilisées à des fins de comparaison, les données d'événements peuvent être exprimées sous forme de taux standardisé. Parce que différentes populations (dans ce cas-ci, les provinces) peuvent avoir des structures différentes selon l'âge, les différences dans les taux ne reflètent pas forcément les différences dans le risque de contracter une maladie, mais une différence dans le nombre de personnes à risque. Un taux standardisé représente donc le taux de maladies qui auraient affecté une population si la structure de

la population était similaire à celle d'une population type. Dans le cas présent, la population type est la population canadienne lors du recensement de 1991. Il est important de comprendre qu'un taux standardisé ne représente pas le dénombrement réel de cas ou de maladies. C'est une estimation du taux d'une province si la structure de sa population était différente. Ainsi, si nous comparions les données de ce rapport à celles d'un autre rapport dont les taux selon l'âge et le sexe seraient spécifiques, les nombres seraient possiblement très différents. Toutes les données présentées dans cette section ont été standardisées selon l'âge ou le risque de contracter une maladie.

5a. Les taux de mortalité standardisés selon l'âge

Taux de mortalité : Cancer du poumon

Le cancer du poumon est responsable à lui seul de presque le tiers de tous les décès par cancer chez les hommes et de presque le quart chez les femmes (*Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer - 2000*). Les taux de mortalité standardisés selon l'âge pour le cancer du poumon sont présentés à la figure 15. Le taux de mortalité causé par le cancer du poumon est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

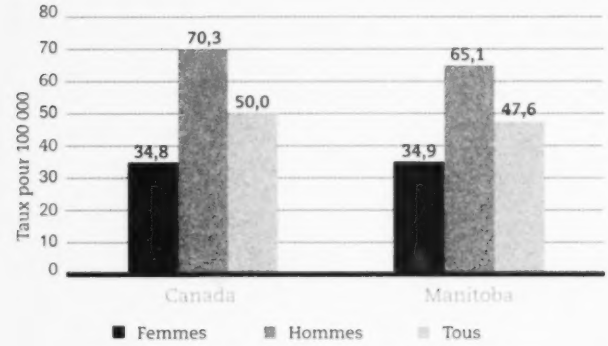


Figure 15. Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil et Division de la démographie, estimations de la population (fichiers du recensement)

Le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon a augmenté au cours des 20 dernières années (voir la figure 16). De 1979 à 1999, le Canada et le Manitoba ont tous deux connu une hausse de 22 % et 25 %, respectivement, du taux de mortalité standardisé pour le cancer du poumon. Nous pouvons observer une certaine stabilisation depuis les cinq dernières années des années 1980.

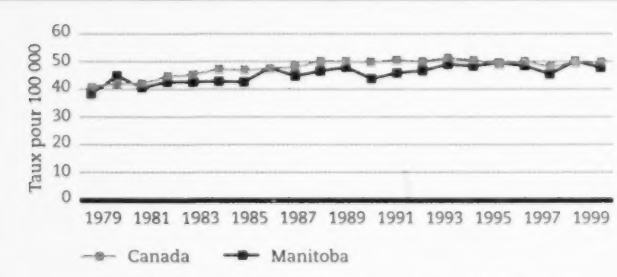


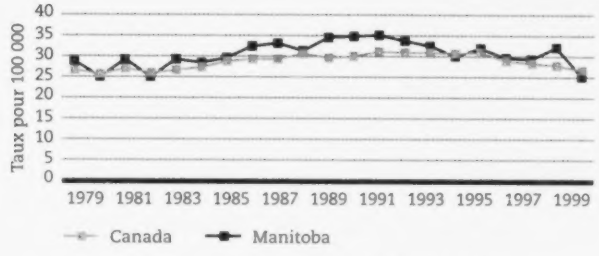
Figure 16. Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil et Division de la démographie, estimations de la population (fichiers du recensement)

Taux de mortalité : Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes. En 1999, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer de la prostate était de 25,1 décès pour 100 000 hommes au Manitoba et de 26,7 décès pour 100 000 hommes au pays. Le Canada et le Manitoba ont connu une tendance similaire pour le cancer de la prostate (voir la figure 17) où les taux de mortalité standardisés selon l'âge ont diminué depuis le milieu des années 1990. Le Manitoba a vu les taux de mortalité décliner depuis 1992, et en 1999, le taux de mortalité standardisé selon l'âge avait diminué de 12 % par rapport à 1979. En comparaison, les taux pour l'ensemble du Canada n'ont commencé à diminuer que depuis 1995 environ.

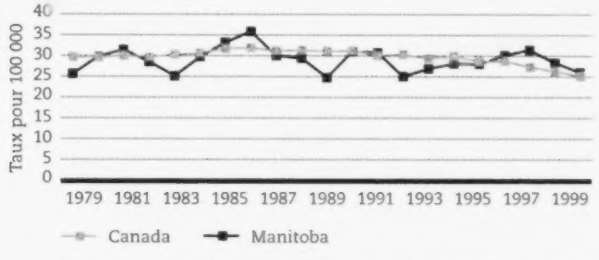
Figure 17.
Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer de la prostate (hommes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



Taux de mortalité : Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes. En 1999, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du sein chez la femme était de 26,0 décès pour 100 000 femmes au Manitoba et de 25,2 décès pour 100 000 femmes au pays. Au Canada, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du sein a diminué au cours des deux dernières décennies et surtout depuis 1990. La figure 18 montre que le taux au Canada a diminué d'environ 15 % entre 1979 et 1999. Si l'on compare le taux de 1979 au taux de 1999, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du sein au Manitoba n'a pas beaucoup changé (25,6 pour 100 000 en 1979; 26,0 pour 100 000 en 1999).

Figure 18.
Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer du sein (femmes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



Taux de mortalité : Cancer colorectal

Le cancer colorectal est la troisième principale cause de décès par cancer observée chez les hommes et chez les femmes (*Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer - 2000*). La figure 19 présente les taux de mortalité standardisés selon l'âge pour le cancer colorectal. Le taux de mortalité causée par le cancer colorectal est d'environ 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et ce, tant au Manitoba qu'au Canada.

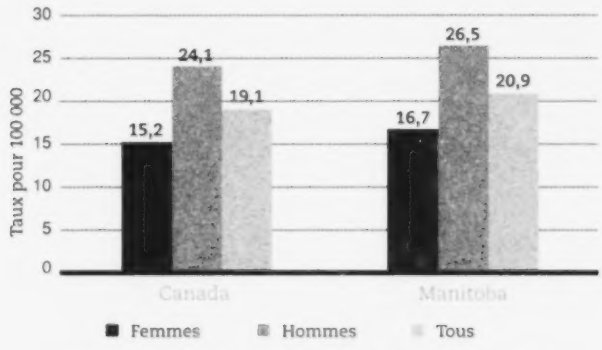


Figure 19. Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Les taux de mortalité qui diminuent au fil du temps sont souvent utilisés pour prouver la réussite de la prévention, de la détection et du traitement des maladies. La figure 20 montre les changements au fil du temps du taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal au Canada et au Manitoba. Bien que les taux fluctuent un peu, le Manitoba et le Canada dans son ensemble ont observé une diminution du taux de mortalité standardisé au cours des quinze dernières années.

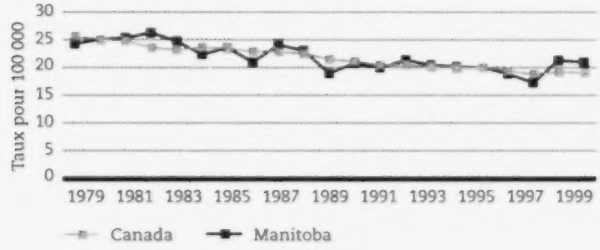


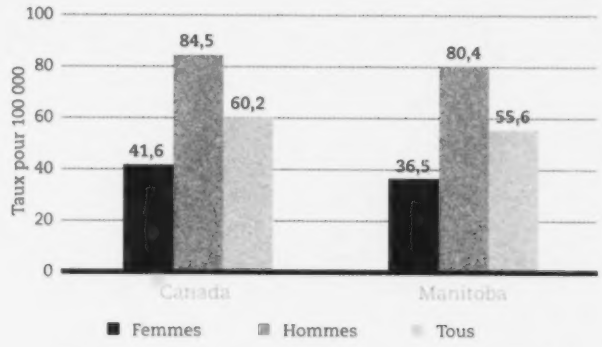
Figure 20. Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

Taux de mortalité : Infarctus aigu du myocarde (IAM)

Les maladies cardiovasculaires qui comprennent l'infarctus aigu du myocarde (IAM) et l'accident cérébrovasculaire sont la principale cause de décès au Canada. Elles sont responsables du tiers de tous les décès survenus en 1998, l'infarctus aigu du myocarde comptant pour 10 %.

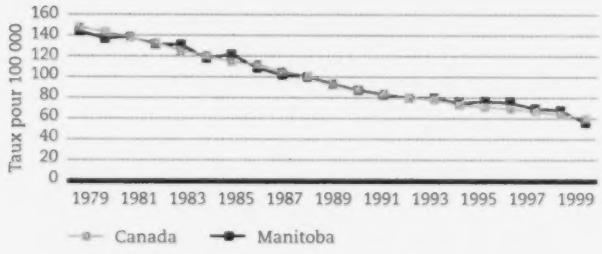
Au Manitoba, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour l'infarctus aigu du myocarde est de 55,6 décès pour 100 000 personnes (voir la figure 21) et ce taux est très similaire à la moyenne canadienne. Le risque de décéder à la suite d'un infarctus aigu du myocarde est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour le Manitoba et pour l'ensemble du Canada, le taux standardisé selon l'âge de mortalité causée par un infarctus aigu du myocarde chez les hommes est plus du double celui enregistré chez les femmes.

Figure 21. Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour l'infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999



Au Canada, comme dans de nombreux pays, le déclin des taux de mortalité causée par l'infarctus aigu du myocarde s'est échelonné sur des décennies et ce phénomène est aussi vrai pour le Manitoba. En comparaison au taux de mortalité standardisé selon l'âge en 1979, le Manitoba a observé une diminution de 61 % du taux de mortalité causée par l'infarctus aigu du myocarde (voir la figure 22).

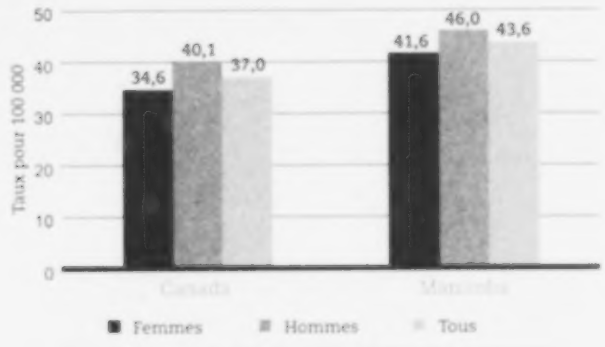
Figure 22. Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour l'infarctus aigu du myocarde au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



Taux de mortalité : Tous les accidents cérébrovasculaires

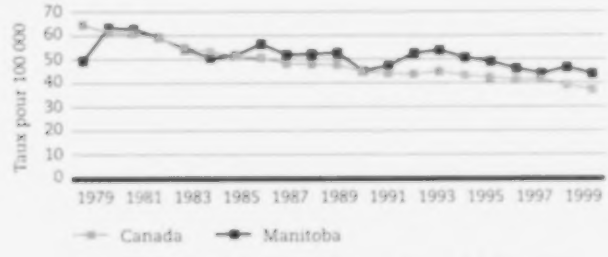
En 1996, les maladies cardiovasculaires comptaient pour 36 % de tous les décès. De ce nombre, 7 % des décès étaient causés par l'accident cérébrovasculaire. Au Manitoba, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour l'accident cérébrovasculaire est de 43,6 décès pour 100 000 habitants (voir la figure 23). Le taux du Manitoba est supérieur à la moyenne canadienne tant chez les hommes que chez les femmes. Par opposition aux différences de sexe que l'on observe pour l'infarctus aigu du myocarde, le risque de décéder par accident cérébrovasculaire semble similaire chez les hommes et chez les femmes.

Figure 23.



Tout comme les tendances observées pour l'infarctus aigu du myocarde, le taux de mortalité causée par l'accident cérébrovasculaire a décliné aux cours des deux dernières décennies. La figure 24 démontre une diminution généralisée du taux de mortalité par accident cérébrovasculaire, tant au Canada qu'au Manitoba.

Figure 24.



Précision sur les données

Toutes les données sur la mortalité (c.-à-d. le cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, l'infarctus aigu du myocarde et l'accident cérébrovasculaire) ne représentaient que les résidents du Manitoba (pour les statistiques du Manitoba) ou du Canada (pour les statistiques du Canada) quel que soit le lieu de décès. Les non-résidents du Canada ou du Manitoba (selon ce qui convient) qui sont décédés au Canada ou au Manitoba sont exclus des données.

L'étude des tendances temporelles (c.-à-d. les données longitudinales de 1979 à 1999) démontre manifestement que les taux du Canada semblent suivre une courbe plus uniforme (soit vers le haut, vers le bas ou stable) que les taux du Manitoba. Il est important de noter qu'étant donné la population relativement faible du Manitoba, il se peut que l'instabilité apparente du taux dans les données du Manitoba ne démontre pas les fluctuations véritables de la mortalité. Lorsque l'on calcule les taux de mortalité pour une population relativement faible comme celle du Manitoba, même les petits changements en terme de nombre d'événements peuvent provoquer d'importantes fluctuations dans les taux. Il est plus précis d'étudier les taux de mortalité par cause du Manitoba en observant la tendance globale des données plutôt que les fluctuations d'année en année.

Finalement, il est important de réaffirmer que les taux présentés à la section mortalité ne reflètent pas le nombre réel de décès en raison d'une cause spécifique. Ils reflètent plutôt les taux par maladies particulières qui auraient été observés si la structure de population avait été normalisée selon l'âge.

5b. *Taux relatifs de survie standardisés selon l'âge après 5 ans pour le cancer*

Le taux relatif de survie après cinq ans pour le cancer est le taux de survie des personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué cinq années auparavant comparativement au taux de survie après cinq ans de la population en général du même âge, sexe et lieu géographique de résidence. Autrement dit, c'est le rapport entre le taux de survie d'un groupe de patients atteints du cancer, cinq ans après le diagnostic, et le taux de survie prévu s'ils n'avaient été exposés qu'aux taux de mortalité de l'ensemble de la population. Le taux relatif de survie est la méthode la plus largement utilisée dans les études démographiques pour analyser la survie des patients atteints de cancer. Il reflète la probabilité supplémentaire de mortalité par cancer des personnes chez qui on a diagnostiqué un cancer, par rapport à une population appariée selon l'âge et le sexe. Les taux relatifs de survie sont exprimés en pourcentage – plus le pourcentage est élevé, plus la probabilité est grande qu'un individu atteint d'un certain cancer sera vivant dans cinq ans, par rapport à ses homologues non atteints.

Le taux relatif de survie est influencé par deux facteurs distincts : (1) la gravité ou le stade du cancer au moment du diagnostic et (2) l'efficacité du traitement contre le cancer après le diagnostic. Bien que les données ne peuvent démontrer l'effet qu'un facteur exerce sur un autre facteur, il convient de noter que les deux facteurs ont un effet positif sur la survie. Par exemple, une amélioration dans le domaine du dépistage permettrait de déceler les cancers à un stade plus précoce, soit au moment où les traitements donnent de meilleurs résultats engendrant ainsi des taux de survie plus élevés. Si aucun changement important n'a eu lieu au niveau du dépistage, une observation d'une meilleure survie après le diagnostic indiquerait un traitement plus efficace du cancer.

Taux relatifs de survie après cinq ans : Cancer du poumon

Les taux de survie après cinq ans pour le cancer du poumon sont considérablement inférieurs à ceux des autres cancers. D'après la figure 25, seulement 15 % des Manitobains chez qui on avait diagnostiqué un cancer du poumon en 1992 avaient autant de chance que l'ensemble de la population d'être en vie en 1997.

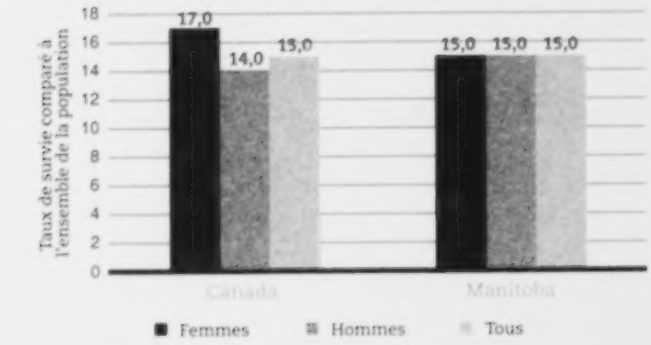


Figure 25.
Taux de survie standardisé selon l'âge après 5 ans à la suite d'un cancer du poumon, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997

Taux relatifs de survie après cinq ans : Cancer de la prostate

Le taux de mortalité causée par le cancer de la prostate chez l'homme a diminué. 85 % des Manitobains chez qui on avait diagnostiqué un cancer de la prostate en 1992 avaient autant de chance que l'ensemble de la population d'être en vie en 1997. Ce nombre se compare à la moyenne nationale du taux relatif de survie après cinq ans qui est de 87 %. (*Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur la mortalité et Tables de mortalité – Canada et provinces (1990-1992).*

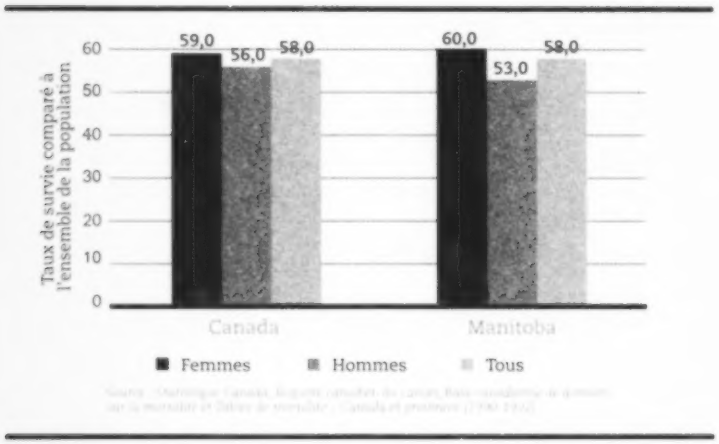
Taux relatifs de survie après cinq ans : Cancer du sein

Tel qu'indiqué précédemment dans la section sur la mortalité, malgré une augmentation de l'incidence du cancer du sein chez la femme, le taux de mortalité causée par le cancer du sein est demeuré stable au Manitoba et a diminué au Canada. 79 % des Manitobaines chez qui on avait diagnostiqué un cancer du sein en 1992 avaient autant de chance que les femmes de l'ensemble de la population d'être en vie en 1997. Le taux relatif de survie après cinq ans de la moyenne nationale est de 82 %. (*Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur la mortalité et Tables de mortalité – Canada et provinces (1990-1992).*

Taux relatifs de survie après cinq ans : Cancer colorectal

Les données de la figure 26 montrent que, tant au Canada qu'au Manitoba, 58 % des personnes chez qui on avait diagnostiqué un cancer colorectal en 1992 avaient autant de chance que l'ensemble de la population d'être en vie en 1997.

Figure 26.
Taux de survie standardisé selon l'âge après 5 ans à la suite d'un cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997



Précision sur les données

Les données de survie après cinq ans ne font état que de l'année 1997 et se limitent par conséquent aux cas de cancers diagnostiqués en 1992 qui étaient le premier cancer principal chez ces personnes. Puisque le taux de survie établit une comparaison entre les personnes chez qui on a découvert un cancer cinq ans plus tôt et celles qui ne sont pas touchées par ce type de diagnostic, appariées selon l'âge, le sexe et la géographie. Les personnes dont l'année de naissance ou de décès est inconnue sont exclues des analyses. En plus, les personnes âgées de moins de 15 ans et de plus de 99 ans au moment du diagnostic ou celles chez qui le diagnostic n'était connu que lors d'une autopsie ou par le certificat de décès étaient aussi exclues.

5c. Taux ajusté pour le risque de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un infarctus aigu du myocarde

L'infarctus aigu du myocarde est une des principales causes de décès au Canada. Cet indicateur mesure la possibilité qu'un patient meure dans les 30 jours de son hospitalisation initiale pour IAM. Le taux ajusté au risque de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours reflète la proportion de personnes admises à un hôpital de soins actifs avec un diagnostic primaire spécifique (dans ce cas, un infarctus aigu du myocarde) qui décèdent à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission, sans égard à la cause du décès. Pour permettre la comparaison avec les données nationales, les données sur la mortalité dans les 30 jours sont ajustées selon l'âge, le sexe et la comorbidité.

La moyenne de trois années (1997 à 1999) du taux de mortalité à l'hôpital, ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde au Manitoba est de 12,1 décès pour 100 000 habitants. Ici encore, ce nombre est similaire au faible taux, ajusté pour le risque, au pays (12,6 décès pour 100 000 habitants). (*Source : Base de données sur les congés des patients et sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé*).

5d. Taux ajusté pour le risque de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un accident cérébrovasculaire

L'accident cérébrovasculaire est une importante cause de décès et d'incapacité chez la population canadienne. La moyenne de trois années (1997 à 1999) du taux de mortalité à l'hôpital, ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant un accident cérébrovasculaire au Manitoba est de 19,8 décès pour 100 000 habitants. Ici encore, ce nombre est similaire au faible taux, ajusté pour le risque, au pays (19,2 décès pour 100 000 habitants). (*Source : Base de données sur les congés des patients et sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé*).

Précision sur les données

Pour les deux indicateurs d'événements précis, soit l'infarctus aigu du myocarde et l'accident cérébrovasculaire, les analyses ont tenu compte des personnes qui avaient été admises dans un établissement de soins aigus et dont le diagnostic primaire était l'infarctus aigu du myocarde ou l'accident cérébrovasculaire (selon la condition applicable) et qui n'avaient pas été hospitalisées pour le même problème de santé au cours de l'année précédente. Les patients âgés de moins de 20 ans ou de plus de 105 ans lors de l'admission étaient exclus des analyses. Les patients dont le numéro de carte santé était non valide ou les patients ayant reçu des soins à l'extérieur du territoire approprié (c.-à-d. le Manitoba ou le Canada, selon ce qui s'applique) étaient aussi exclus.

Pour permettre la comparaison entre les régions, un modèle statistique complexe a été utilisé pour ajuster les différences d'âge, de sexe et de comorbidité. L'analyse visant à produire les taux a été effectuée par l'ICIS et les taux signalés ont été fournis par ce dernier.

Les patients vivants obtenant leur congé après un infarctus aigu du myocarde et dont la durée totale de séjour était inférieure à 3 jours, étaient exclus du dénominateur. Les patients transférés d'un autre établissement de soins pour malades aigus ou les dossiers de patients chez lesquels l'infarctus aigu du myocarde était classé comme étant une complication et non un diagnostic primaire étaient également exclus.

Pour les indicateurs d'infarctus aigu du myocarde et d'accident cérébrovasculaire, il est important de reconnaître que le décès du patient n'a pas à être relié à l'infarctus du myocarde ou à l'accident cérébrovasculaire selon le cas. La cause spécifique de décès n'est pas une qualification aux fins statistiques; c'est plutôt le fait qu'ils étaient hospitalisés en raison d'un infarctus aigu du myocarde ou d'un accident cérébrovasculaire et qu'ils soient décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission. Cet indicateur peut être utile pour évaluer l'efficacité des soins prodigués à l'hôpital à la suite d'un problème de santé, dans ce cas-ci, l'accident cérébrovasculaire ou l'infarctus aigu du myocarde.

Les données pour cet indicateur ont été fournies par l'ICIS. Lors de l'interprétation de ces données on devrait tenir compte du fait que le processus d'assurance de la qualité utilisé pour ces données n'est pas connu.

5e.f. Taux net de survie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde et d'un accident cérébrovasculaire

Le taux net de survie chez les individus qui présentent un cas nouveau d'infarctus aigu du myocarde ou d'accident cérébrovasculaire est estimé en utilisant le taux de survie par cause. Dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde, la survie est d'au moins 365 jours suivant la première admission alors que pour l'accident cérébrovasculaire, la survie est d'au moins 180 jours. Le suivi de 365 jours pour l'infarctus aigu du myocarde et de 180 jours pour l'accident cérébrovasculaire est un choix plutôt arbitraire. Ces délais sont suffisamment longs pour inclure les décès qui surviennent presque immédiatement après l'événement et au cours d'une plus longue période. Par conséquent, ils reflètent non seulement les tendances de la gravité de l'infarctus aigu du myocarde et de l'accident cérébrovasculaire eux-mêmes, mais ils reflètent aussi les soins d'urgence immédiats et le suivi des soins de santé à plus long terme.

Puisque le taux net de survie consécutive à l'infarctus aigu du myocarde ou à l'accident cérébrovasculaire saisit, et la cause et le délai depuis l'hospitalisation, un couplage doit être établi entre les données sur les hospitalisations du Manitoba et les données des statistiques de l'état civil sur les décès par cause. Les données sur les décès par cause qui sont fournies au Manitoba par le Bureau de l'état civil n'ont pas d'identificateurs uniques (comme le nom ou le numéro d'identification personnel de Santé Manitoba) et ne peuvent donc être couplées au dossier d'hospitalisation. Par conséquent, le Manitoba est dans l'impossibilité de commenter cet indicateur au moment présent.

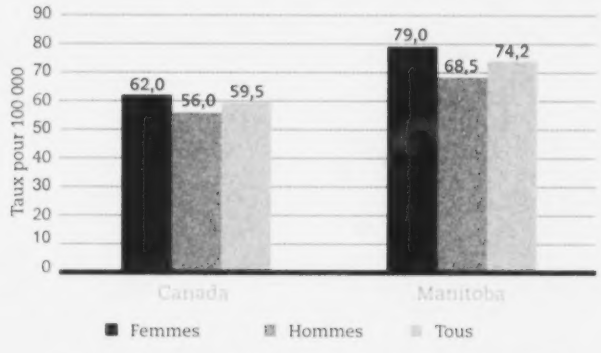
6. Amélioration de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie peut être difficile. La qualité de vie globale a déjà été observée à l'aide de deux variables subrogatives : l'espérance de vie sans incapacité et l'auto-évaluation de l'état de santé. De la même façon, les améliorations de la qualité de vie peuvent être évaluées selon un indicateur direct - les taux d'opérations chirurgicales non urgentes. Le résultat visé par la plupart des opérations chirurgicales non urgentes est l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé. Une recherche récente, menée en Colombie-Britannique, a examiné 6 200 chirurgies dans le but de déterminer la pertinence et les résultats sur la santé de plusieurs types d'opérations chirurgicales non urgentes. Les résultats ont démontré que la qualité de vie liée à la santé s'améliorait de façon substantielle pour la grande majorité des personnes qui subissaient une opération chirurgicale non urgente. Plus de 94 % des personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ont signalé une amélioration significative au point de vue de la douleur, de la raideur et de leur fonctionnement en général (*C.J. Wright & Y. Robens-Paradise, Evaluation of Indications and Outcomes in Elective Surgery, Mai 2001, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Hospital and Health Services Centre*). Dans ce rapport, deux opérations chirurgicales non urgentes ont servi de mesures immédiates pour l'amélioration de la qualité de vie – le taux par arthroplastie totale de la hanche et le taux par arthroplastie totale du genou.

6a. *Taux d'arthroplastie totale de la hanche*

Le taux d'arthroplastie totale de la hanche est le taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale unilatérale ou bilatérale de la hanche pratiquée sur des patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs. Au Manitoba, 74,2 personnes pour 100 000 habitants ont subi une arthroplastie totale unilatérale ou bilatérale de la hanche durant l'exercice 1999-2000 (dans le cadre du présent rapport, un exercice couvre une période de 12 mois, s'échelonnant du 1er avril d'une année au 31 mars de l'année suivante). Comme le montre la figure 27, ce taux semble plus élevé que la moyenne canadienne, tant chez les hommes que chez les femmes, taux séparés et réunis.

Figure 27. Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999-2000



Au cours des 5 dernières années, le Manitoba a connu une augmentation du taux d'arthroplastie totale de hanche. Alors qu'au Canada le taux d'arthroplastie totale de hanche a connu une hausse d'environ 5 %, le taux du Manitoba a augmenté de 35 % depuis l'exercice 1995-1996 (voir figure 28).

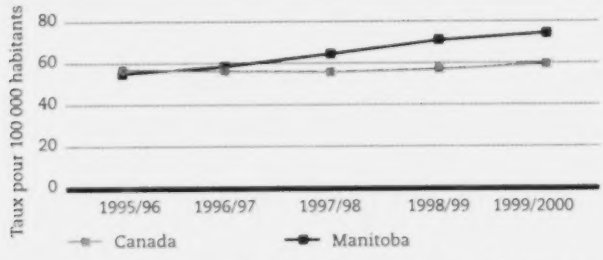


Figure 28.
Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale de la hanche au Manitoba et au Canada – 1995-1996 à 1999-2000

6b. Taux d'arthroplastie totale du genou

Le taux d'arthroplastie totale du genou est le taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale unilatérale ou bilatérale du genou pratiquée sur des patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs. Au Manitoba, 94,5 personnes pour 100 000 habitants ont subi une arthroplastie totale unilatérale ou bilatérale de genou au cours de l'exercice 1999-2000. Comme le montre la figure 29, ce taux semble être plus élevé que la moyenne canadienne, tant chez les hommes que chez les femmes, taux séparés et réunis.

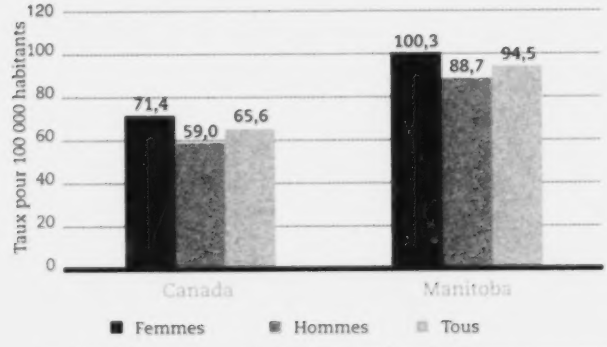
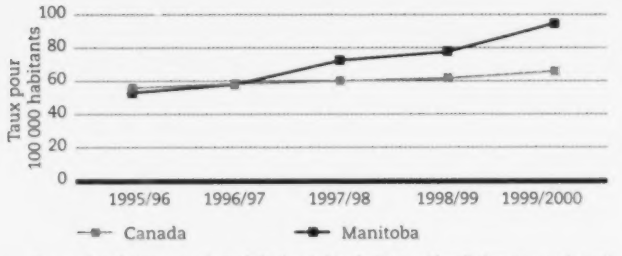


Figure 29.
Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale du genou, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999-2000

De façon similaire à la tendance temporelle pour l'arthroplastie de la hanche, le taux d'arthroplastie totale du genou a augmenté au Manitoba au cours des 5 dernières années. En effet, le taux standardisé selon l'âge au Manitoba a presque doublé, affichant une augmentation de 79 % depuis l'exercice 1995-1996. La figure 30 démontre également que le taux canadien a augmenté au cours des 5 dernières années, quoique beaucoup moins (environ 18 %).

Figure 30. Taux standardisé selon l'âge d'arthroplastie totale du genou au Manitoba et au Canada – 1995-1996 à 1999-2000



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé; Environnement Canada, Statistique Canada

Précision sur les données

Les taux d'arthroplastie totale de la hanche et du genou représentent le nombre de patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou durant leur séjour dans un hôpital de soins actifs. Ces taux excluent donc les patients n'ayant pas été traités en tant que patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs et ceux qui ont été opérés avant d'être admis. Les données de ces indicateurs ont été tirées des bases de données de l'ICIS. Les processus d'assurance de la qualité pour ces bases de données ne sont pas connus et cela devrait être considéré lors de l'interprétation des données.

7. Diminution des maladies dominantes, des pathologies et des blessures

Des changements du nombre de nouveaux cas de certaines maladies (c.-à-d. les taux d'incidence) et du nombre d'années potentielles de vie perdues en raison de ces maladies peuvent démontrer la prévalence des facteurs de risque et les résultats obtenus par une population dans la diminution des facteurs de risque spécifiques à une maladie. Les indicateurs sélectionnés dans ce rapport comprennent :

(a) les taux d'incidence standardisés selon l'âge pour tous les cancers (poumon, prostate, sein et colorectal);
(b) les années potentielles de vie perdues à la suite d'un cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'un accident cérébrovasculaire, d'un suicide et de blessures accidentelles;
(c) l'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin : la méningococcie invasive, la rougeole et Haemophilus influenzae B;
(d) la prévalence du diabète.

7a. Taux d'incidence du cancer

Les taux d'incidence standardisés selon l'âge mesurent l'apparition de nouveaux cas de cancers. Le taux d'incidence d'un cancer particulier est influencé par le taux sous-jacent de l'incidence de tous les cancers, par la prévalence des facteurs de risque comme l'usage du tabac, et par le succès des efforts de prévention primaire. Si les efforts de prévention primaire sont efficaces, on peut s'attendre à une diminution du taux d'incidence global des cancers et de l'incidence par site. L'incidence de certains types de cancers est aussi influencée par le taux de dépistage et de diagnostic qui reflète, selon toute vraisemblance, l'intensité et l'efficacité des programmes de dépistage du cancer.

Malheureusement, du point de vue de l'interprétation de cet indicateur, ces deux facteurs sont antagonistes. Par exemple, une augmentation de l'incidence mesurée du cancer pourrait correspondre soit à une détérioration d'un mode de vie sain, soit à une amélioration du dépistage. Toutefois, ce dernier type « d'artéfact de dépistage » a peu de chances de se poursuivre sur une longue période de sorte que,

généralement, une diminution de l'incidence du cancer indique un changement positif dans la santé d'une population. Si l'amélioration des techniques de dépistage augmente les taux d'incidence, on peut donc prévoir une soudaine montée apparente suivie d'une stabilisation du taux d'incidence. Une diminution lente et progressive de l'incidence indiquerait que les efforts consacrés à la prévention primaire ont porté fruit.

Taux d'incidence : Toutes les tumeurs malignes

Au Manitoba, en 1997, le taux d'incidence standardisé selon l'âge pour tous les sièges de cancer se chiffrait à 402,2 nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants par comparaison à la moyenne canadienne qui est de 384, 8 nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants (voir figure 31). Le taux chez les hommes du Manitoba est 1,3 fois plus élevé que chez les femmes, ce qui correspond aux données nationales.

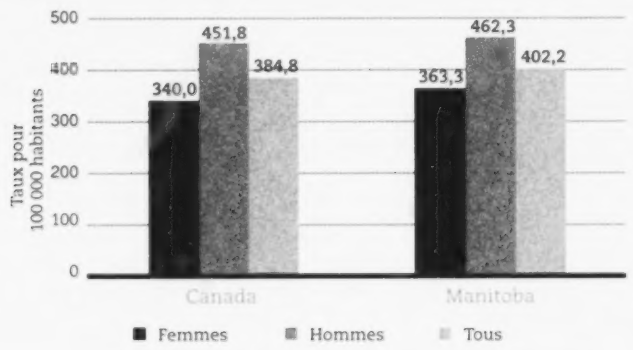


Figure 31. Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour toutes les tumeurs malignes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997

Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie, estimations de la population (en cours de traitement).

Au cours des vingt dernières années, le nombre de décès causés par le cancer a diminué (données non présentées, *Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer – 2000*) alors que le taux global d'incidence du cancer a augmenté (figure 32). Au début des années 1990, une augmentation apparente a été notée et semblait correspondre à une augmentation marquée de l'incidence des cas de cancer de la prostate (illustré à la figure 35). En général, le taux du Manitoba reflète les chiffres du Canada.

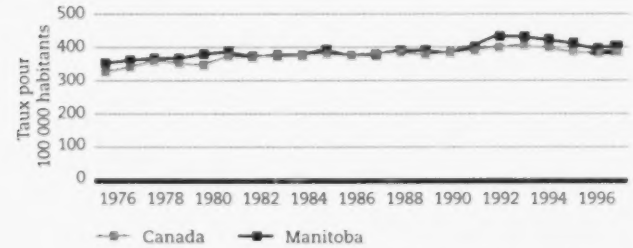


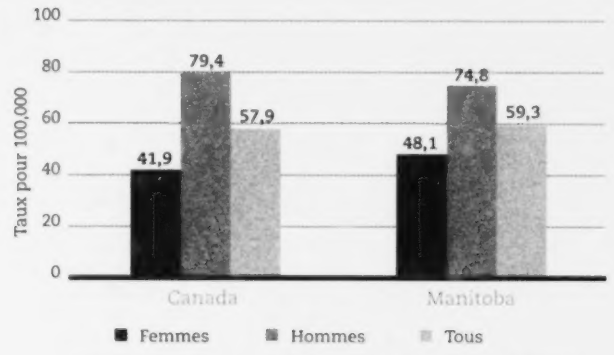
Figure 32. Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour toutes les tumeurs malignes au Manitoba et au Canada – 1976 à 1997

Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie, estimations de la population (en cours de traitement).

Taux d'incidence : Cancer du poumon

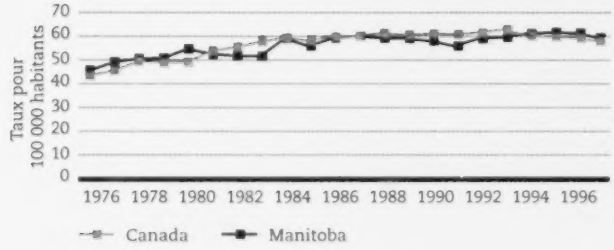
Le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du poumon au Manitoba pour 1997 était de 59,3 nouveaux cas de cancer du poumon pour 100 000 habitants (figure 33). Ici encore, le taux du Manitoba est très semblable à la moyenne canadienne de 57,9 pour 100 000 habitants. La différentielle sexuelle observée pour la plupart des cancers est exacerbée pour le cancer du poumon. Le taux chez les hommes du Manitoba est de plus de 50 % supérieur à celui chez les femmes. Partout au pays, le taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon chez les hommes est presque deux fois supérieur à celui chez les femmes.

Figure 33. Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997



Au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence du cancer du poumon ont augmenté progressivement correspondant ainsi aux augmentations des taux de mortalité attribuable au cancer du poumon (illustrés plus tôt à la figure 16). Au Manitoba, le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du poumon en 1997 était plus élevé de 30 % que le taux de 1979. La figure 34 indique une tendance similaire sur le plan national. Selon les rapports de l'Institut national du cancer du Canada, ces augmentations des taux d'incidence du cancer du poumon sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes (*Statistiques canadiennes sur le cancer - 2000*).

Figure 34. Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1976 à 1997



Taux d'incidence : Cancer de la prostate

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer de la prostate chez les hommes du Manitoba pour l'année 2002 était de 123,4 nouveaux cas de cancer de la prostate pour 100 000 habitants (figure 35). Le taux du Manitoba est presque identique à la moyenne canadienne de 120,3 pour 100 000 habitants. Depuis 1979, les taux d'incidence du cancer de la prostate ont augmenté de 63 % au Manitoba et le taux national a presque doublé. Cette augmentation peut être attribuable en grande partie à une plus importante utilisation des techniques de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (*Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer - 2000*). Comme l'illustre la figure 35, l'incidence a culminé au début des années 1990.

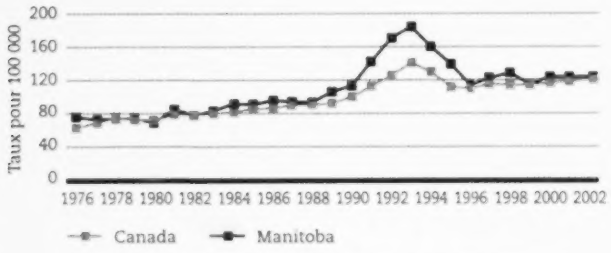


Figure 35.
Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer de la prostate (hommes) au Manitoba et au Canada – 1976 à 2002

Taux d'incidence : Cancer du sein

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du sein chez les Manitobaines pour l'année 2002 était de 114,2 nouveaux cas de cancer du sein pour 100 000 habitants(figure 36). Le taux du Manitoba est comparable à la moyenne canadienne de 106,1 pour 100 000 habitants. Les taux d'incidence du cancer du sein ont continué à augmenter au cours des deux dernières décennies. Les taux d'incidence en 2002 sont similaires au Manitoba et au Canada et ils ont tous deux subi une augmentation depuis 1979 : 25 % au Canada et 33 % au Manitoba. Une partie de l'augmentation récente au Manitoba peut être attribuable au programme provincial de dépistage par mammographie.

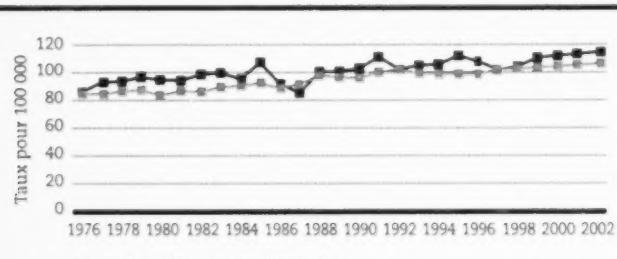
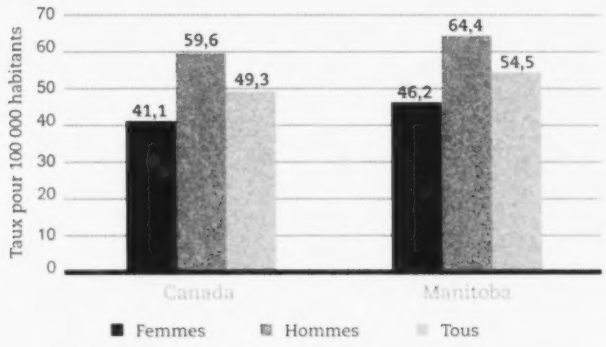


Figure 36.
Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer du sein (femmes) au Manitoba et au Canada – 1976 à 2002

Taux d'incidence : Cancer colorectal

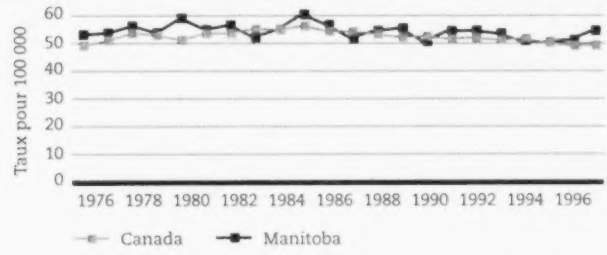
Au Manitoba, le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer colorectal en 1997 était de 54,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants (voir la figure 37). Le taux du Manitoba est comparable à la moyenne canadienne de 49,3 pour 100 000 habitants. Chez les hommes du Manitoba, le taux est supérieur à celui chez les femmes. Cette différence de taux entre les sexes correspond aux données nationales.

Figure 37. Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1997



La figure 38 montre que le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer colorectal est demeuré assez stable au cours des vingt dernières années, au Canada en général et au Manitoba en particulier.

Figure 38. Taux d'incidence standardisé selon l'âge pour le cancer colorectal au Manitoba et au Canada – 1976 à 1997



Programme de dépistage du cancer du sein au Manitoba

• Le programme de dépistage du cancer du sein au Manitoba est en place, conformément aux Lignes directrices canadiennes, depuis 1995 et est offert aux femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont pas de symptômes du cancer du sein. Tous les deux ans, les femmes passent un test de dépistage, subissent un examen clinique des seins et reçoivent de la formation.

Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus au Manitoba

• Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus au Manitoba, instauré en 2001, est un programme de dépistage pour les femmes âgées de 18 à 69 ans utilisant le test de Papanicolaou pour détecter les lésions précancéreuses chez les femmes ne présentant aucun symptôme. Des efforts sont consentis pour éduquer les femmes et les prestataires de soins de santé afin de s'assurer que l'utilisation du test de Papanicolaou se fasse au niveau approprié. Le programme comprend un suivi des résultats du test afin d'assurer le suivi auprès des femmes.

Précision sur les données

Les taux d'incidence du cancer reflètent le nombre de nouveaux cas de cancers primaires diagnostiqués par siège, dans une année donnée, pour 100 000 habitants à risque. Les taux du Manitoba étant représentés avec les moyennes nationales, les taux ont été standardisés à des fins de comparabilité. Il est important de se rappeler que les taux standardisés selon l'âge ne sont pas des taux réels, mais le taux qui serait calculé si la population donnée avait la même structure par âge qu'une population type.

Les données sur l'incidence représentent tous les nouveaux cas liés à un problème de santé particulier. En d'autres mots, ils reflètent le nombre de nouveaux cas diagnostiqués à l'intérieur d'une période donnée (dans ce cas-ci, des années civiles). Pour les besoins de l'évaluation de l'incidence du cancer, seul le siège primaire d'un cancer est inclus dans les données. Tous les non-résidents du Canada ou du Manitoba (selon le territoire applicable) sont exclus de cette analyse.

7b. Années potentielles de vie perdues

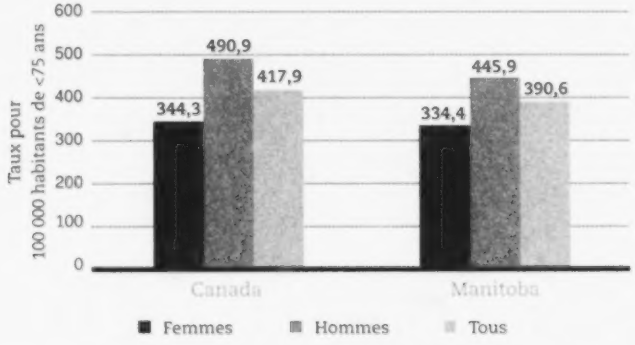
Les années potentielles de vie perdues (APVP) correspondent au nombre d'années de vie qui sont perdues lorsqu'une personne décède prématurément d'une cause quelconque. Au Canada, un décès prématuré se définit actuellement par un décès avant l'âge de 75 ans. Une personne qui décède à l'âge de 35 ans par exemple, serait évaluée comme ayant perdu 40 années potentielles de vie. Les années potentielles de vie perdue peuvent être estimées pour une cause en particulier. L'indicateur mesure alors le nombre d'années de vie perdues parce qu'une personne est décédée avant l'âge de 75 ans d'une cause précise comme une blessure, un cancer, un infarctus aigu du myocarde ou un accident cérébrovasculaire. L'indicateur des années potentielles de vie perdues mesure les conséquences qu'entraîne le décès d'une jeune personne sur la société. La diminution des années potentielles de vie perdues reflète le niveau de réussite de la prévention d'une perte de vie prématurée et par conséquent, probablement évitable ou pouvant être reportée, et la perte de productivité sociale et économique qui en découle. Il s'agit d'un indicateur global de la santé et du bien-être d'une population et de l'efficacité des programmes de prévention.

Étant donné que les APVP mettent en évidence les décès chez les personnes plus jeunes et accordent plus d'importance à chaque décès survenant à un âge moins avancé, les APVP sont exprimées sous la forme de taux bruts. C'est-à-dire, le nombre réel d'années de vie potentielles perdues pour 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, plutôt qu'un nombre standardisé selon l'âge.

APVP : Cancer du poumon

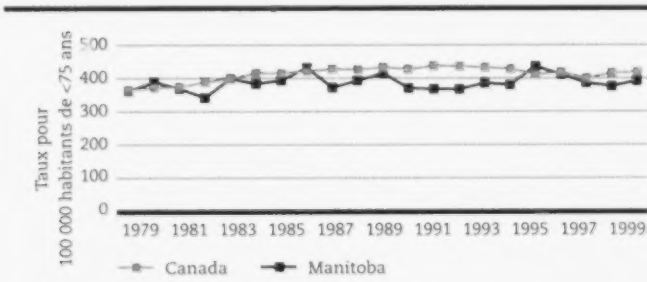
En 1999, le taux d'années potentielles de vie perdues imputables au cancer du poumon au Manitoba était de 390,6 pour 100 000 habitants. Cela signifie que dans une province qui compte approximativement 950 000 personnes de moins de 75 ans, environ 3 700 années potentielles de vie perdues ont été imputables au cancer du poumon en 1999. La figure 39 montre un taux supérieur du tiers chez les hommes par rapport au taux chez les femmes. Le taux d'années potentielles de vie perdues au Manitoba est comparable à la moyenne nationale.

Figure 39.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du poumon selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1999



Au cours des deux dernières décennies, le Manitoba et l'ensemble du Canada ont connu des augmentations régulières de l'incidence et de la mortalité attribuables au cancer du poumon (figure 34 et figure 16, respectivement). En effet, de 1979 à 1999, le taux de l'incidence du cancer du poumon au Manitoba a augmenté de 25 % et le taux de mortalité a augmenté de 30 %. Comme il fallait s'y attendre, le taux d'APVP attribuable au cancer du poumon a aussi augmenté au Manitoba (voir la figure 40), cependant, cette augmentation n'a été que de 8 % entre 1979 et 1999.

Figure 40.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du poumon au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



APVP : Cancer de la prostate

En 1999, le taux d'années potentielles de vie perdues imputables au cancer de la prostate chez les hommes du Manitoba était de 59,9 pour 100 000 habitants. Cela signifie qu'au Manitoba, en 1999, le cancer de la prostate a entraîné environ 569 années potentielles de vie perdues. La figure 41 montre que le taux d'APVP au Manitoba est presque similaire au taux national.

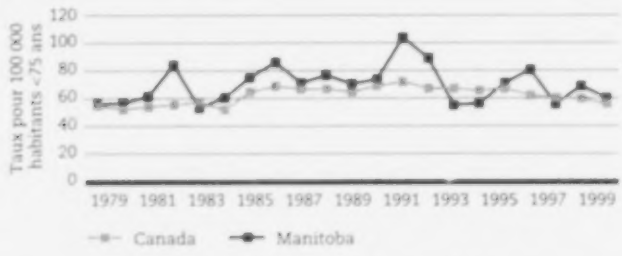


Figure 41.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer de la prostate (hommes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

APVP : Cancer du sein

En 1999, le taux d'années potentielles de vie perdues imputables au cancer du sein chez les femmes du Manitoba était de 364,2 pour 100 000 habitants. Cela signifie qu'au Manitoba, le cancer du sein a entraîné environ 3 400 années potentielles de vie perdues en 1999. La figure 42 montre que le taux d'APVP pour le Manitoba est comparable au taux national.

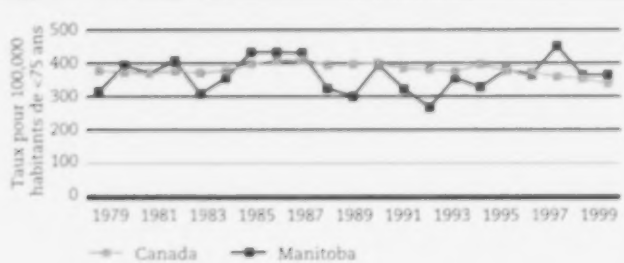
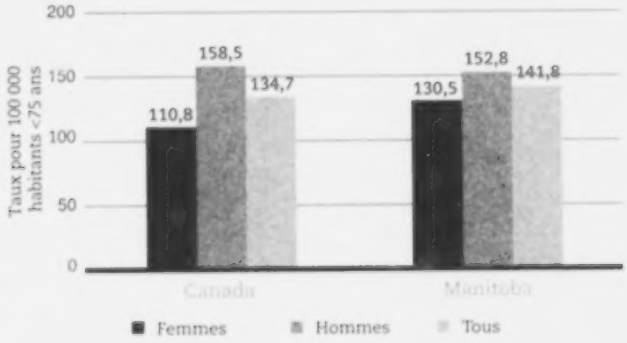


Figure 42.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du sein (femmes) au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

APVP : *Cancer colorectal*

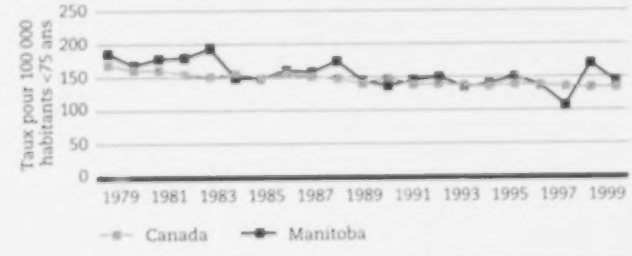
En 1999, le taux d'années potentielles de vie perdues imputables au cancer colorectal au Manitoba était de 141,8 pour 100 000 habitants. Cela signifie qu'au Manitoba, le cancer colorectal a entraîné, en 1999, la perte d'environ 1 300 années potentielles de vie. La figure 43 montre un taux supérieur chez les hommes par rapport au taux chez les femmes. Le taux d'années potentielles de vie perdues au Manitoba est comparable à la moyenne nationale.

Figure 43.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer colorectal, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999



Tout comme le taux de mortalité décroissant pour le cancer colorectal, le nombre de décès attribuables au cancer colorectal chez les personnes âgées de moins de 75 ans a diminué au Manitoba et dans l'ensemble du Canada. En 1999, le taux d'APVP pour le Manitoba était de 23 % inférieur au taux de 1979 (figure 44).

Figure 44.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au cancer colorectal au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



APVP : Infarctus aigu du myocarde

En 1999, le taux d'années potentielles de vie perdues imputables à l'infarctus aigu du myocarde au Manitoba était de 274,6 pour 100 000 habitants. Autrement dit, en 1999, l'infarctus aigu du myocarde a entraîné, au Manitoba, 2 600 années potentielles de vie perdues. La figure 45 montre que le taux d'APVP est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux d'APVP du Manitoba est comparable à la moyenne nationale.

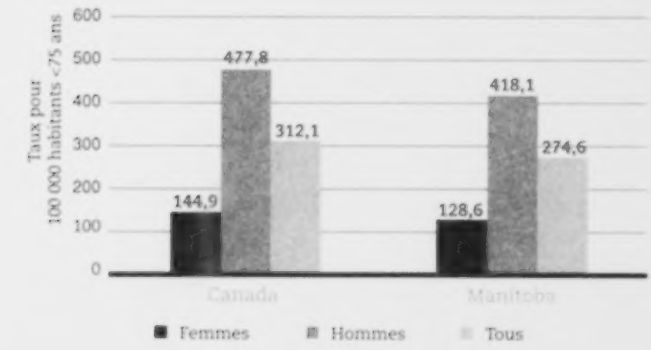


Figure 45.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'infarctus aigu du myocarde, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Les tendances temporelles pour le taux d'APVP attribuables à l'infarctus aigu du myocarde sont présentées à la figure 46. Au cours des 20 dernières années, le taux d'APVP attribuables à l'infarctus aigu du myocarde a diminué de façon soutenue. Cette baisse de plus de 65 %, tant au Manitoba qu'au Canada, reflète la diminution de 60 % des taux de mortalité causée par l'infarctus aigu du myocarde au cours de la même période.

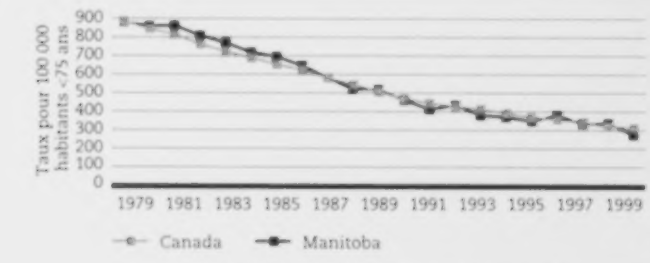
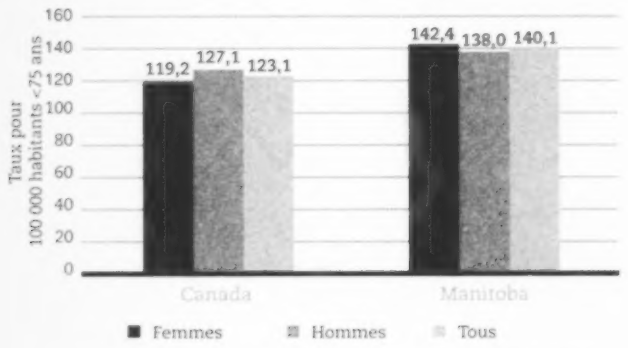


Figure 46.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'infarctus aigu du myocarde au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

APVP : Accident cérébrovasculaire

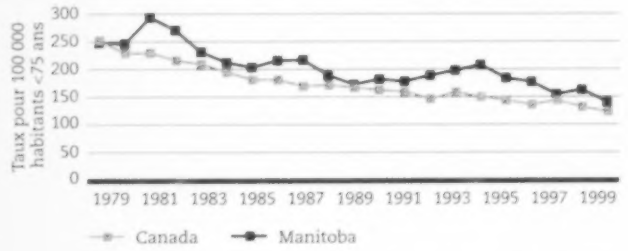
Le taux d'APVP attribuables à l'accident cérébrovasculaire en 1999, au Manitoba, était de 140,1 pour 100 000 habitants ce qui signifie que l'accident cérébrovasculaire a entraîné environ 1 300 années potentielles de vie perdues au Manitoba en 1999. La figure 47 montre que le taux d'APVP est presque identique chez les hommes et chez les femmes. Tout comme les données sur la mortalité imputable à l'accident cérébrovasculaire (voir la figure 23), le taux d'APVP du Manitoba est plus élevé que la moyenne canadienne, en particulier chez les femmes.

Figure 47.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'accident cérébrovasculaire, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999



Les tendances temporelles pour le taux d'APVP attribuables à l'accident cérébrovasculaire sont présentées à la figure 48. Comme pour les données sur l'infarctus aigu du myocarde, les 20 dernières années ont connu une diminution progressive du taux d'APVP attribuables à l'accident cérébrovasculaire.

Figure 48.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'accident cérébrovasculaire au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



APVP : Suicide

En 1999, le taux d'années potentielles de vie perdues imputables au suicide au Manitoba était de 374,7 pour 100 000 habitants. Autrement dit, en 1999, le suicide a entraîné, au Manitoba, 3 500 années potentielles de vie perdues. La figure 49 montre que le taux national d'APVP causées par le suicide est de 453,2. Tant dans l'ensemble du Canada qu'au Manitoba, le taux d'APVP imputables au suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

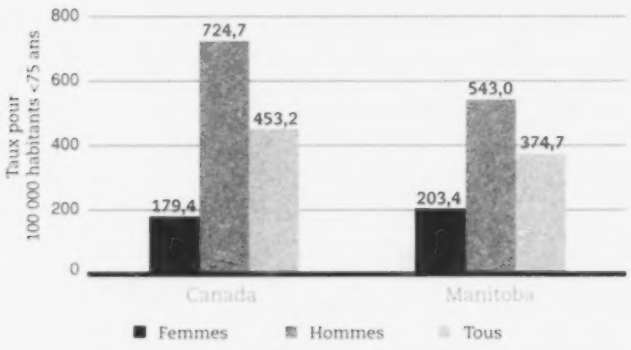


Figure 49.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au suicide, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999

Les tendances temporelles pour le taux d'APVP attribuables au suicide sont présentées à la figure 50. Nous avons observé une diminution globale du taux d'APVP attribuables au suicide.

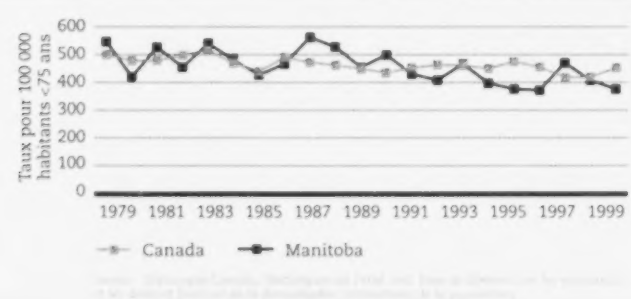
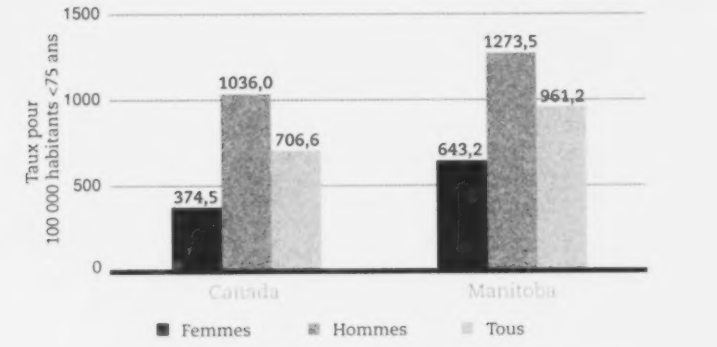


Figure 50.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables au suicide au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999

APVP : Blessures accidentelles

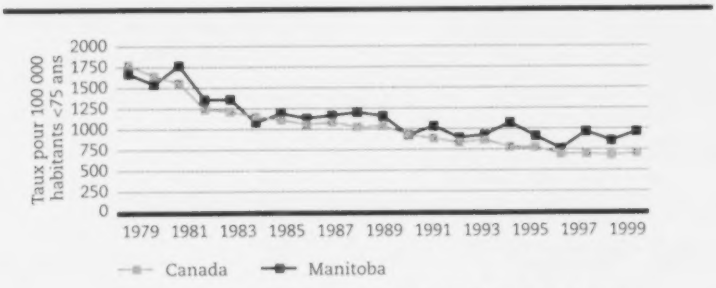
En 1999, le taux d'APVP causées par des blessures accidentelles (c.-à-d. à l'exception du suicide ou des blessures infligées par d'autres personnes) au Manitoba, était de 961,2 pour 100 000 habitants, ce qui représente plus de 9 000 années potentielles de vie perdues imputables aux blessures accidentelles. Le taux national est de 707,6 pour 100 000 habitants. Le taux d'APVP causées par des blessures accidentelles est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes, tant au Manitoba qu'au Canada (voir figure 51).

Figure 51.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables aux blessures accidentelles, selon le sexe au Manitoba et au Canada – 1999



Les tendances temporelles pour le taux d'APVP attribuables aux blessures accidentelles présentées à la figure 52 indiquent que le taux d'APVP a diminué au cours des deux dernières décennies.

Figure 52.
Taux d'années potentielles de vie perdues attribuables aux blessures accidentelles au Manitoba et au Canada – 1979 à 1999



TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

• Santé Manitoba a commencé des travaux préliminaires avec IMPACT et d'autres ministères et partenaires clés en vue d'une réponse provinciale à l'effet de la mortalité et de la morbidité chez les Manitobains. Les activités préliminaires comprenaient une campagne télévisée et radiophonique sur la réduction des traumatismes au foyer chez les enfants (plus de 6 000 trousses de renseignements ont été distribuées aux familles) et une conférence sur les traumatismes en mai 2002.

Précision sur les données

Le taux d'années potentielles de vie perdues représente le nombre de décès chez les personnes de moins de 75 ans multiplié par le nombre d'années perdues avant 75 ans. C'est un décompte de décès qui accorde plus d'importance aux décès chez les jeunes. Les personnes de 75 ans et plus sont exclues des analyses. Les non-résidents du Canada ou du Manitoba étaient également exclus des décès et des estimations de la population.

À l'échelle nationale, dans les années 1970 et 1980, les années potentielles de vie perdues étaient fondées sur un âge inférieur à 70 ans. D'autres limites ont été utilisées par différents pays et à différents moments. Tous les travaux qui seront maintenant effectués sur les années potentielles de vie perdues fondées sur un âge inférieur à 75 ans différeront des données diffusées par des sources canadiennes antérieures sur les APVP et ne devraient pas faire l'objet d'une comparaison. Le choix de 70 ou de 75 ans est plutôt arbitraire bien qu'il reflète vraiment le nombre minimum d'années que devrait vivre une personne. Il est peu probable que le choix de 70 ou de 75 ans influence de façon importante les tendances temporelles ou les comparaisons interprovinciales.

Il faudra noter que, à mesure que l'âge augmente, la comorbidité (c.-à-d. le fait de souffrir de plus d'une maladie ou condition grave) est plus fréquente et le décès est souvent la conséquence d'un processus complexe. Les années potentielles de vie perdues peuvent ainsi devenir plus utiles pour les maladies pouvant être identifiées comme la cause unique d'un décès et pour celles qui sont responsables d'un décès en bas âge. Malheureusement, les statistiques ne tiennent compte que des décès de causes uniques.

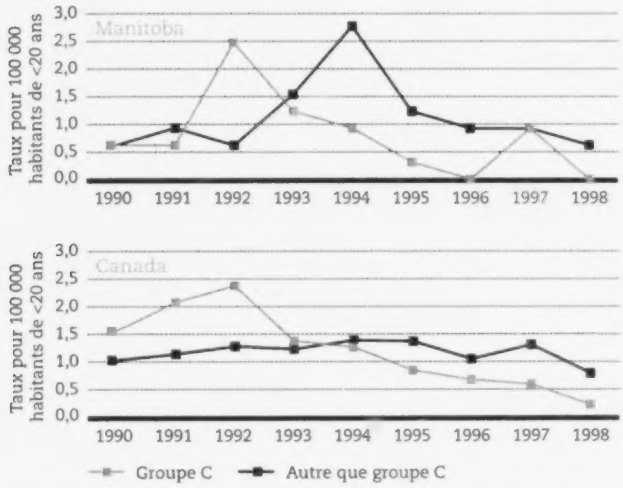
7c. Incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin

Taux d'incidence : Méningococcie invasive

La méningococcie invasive est une maladie bactérienne aiguë. Le taux d'incidence de la méningococcie invasive reflète le taux des nouveaux cas enregistrés par année, par âge et par souche (c.-à-d. le groupe C ou tous les autres groupes) chez une population âgée de moins de 20 ans. Ces taux sont des taux bruts dans la mesure où les données reflètent l'incidence réelle de la maladie et ne sont pas standardisées selon l'âge.

Au cours des neuf années couvertes par les données illustrées à la figure 53, le Canada et le Manitoba ont vu une diminution des taux de méningococcie invasive du groupe C. En 1998, aucun nouveau cas de méningococcie invasive du groupe C n'a été déclaré au Manitoba où le taux pour l'année précédente était de 0,92 pour 100 000 habitants. De la même façon, l'ensemble du pays connaît un taux stable d'environ 0,92 nouveau cas pour 100 000 habitants. Comme le démontre la figure 53, la tendance de l'incidence pour la méningococcie invasive qui n'est pas du sérogroupe de type C indique une courbe différente au Manitoba par rapport à la tendance temporelle au Canada. À l'échelle nationale, le taux d'incidence est stable depuis les 10 dernières années et se maintient autour de 1,5 nouveau cas pour 100 000 habitants. Au Manitoba, le taux d'incidence a augmenté entre 1992 et 1994, puis s'est stabilisé. L'instabilité du taux du Manitoba peut refléter les cycles traditionnels d'une incidence élevée de la méningococcie invasive dans la province.

Figure 53.
Taux d'incidence de la méningococcie invasive au Manitoba et au Canada – 1990 à 1998



Taux d'incidence : Rougeole

En l'absence d'une immunisation récente par une vaccination antirougeoleuse, un cas confirmé de rougeole est défini comme étant une infection confirmée en laboratoire. Le taux d'incidence de la rougeole est signalé comme étant le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants. Puisqu'une éclosion de rougeole peut toucher tout segment d'une population qui n'est pas entièrement immunisé, le taux d'incidence de la rougeole n'est pas ajusté pour l'âge, mais il est plutôt signalé sous forme de taux brut.

Dans les pays industrialisés qui encouragent des pratiques d'immunisation complète comme le Canada, un calendrier de vaccination en une seule dose signifie que des éclosions périodiques peuvent survenir, ce qui rend les données sujettes à une fluctuation importante. Partout au Canada, des éclosions de rougeole sporadiques se sont déclarées, de la fin des années 1980 au début des années 1990. Au cours des 20 dernières années, le Manitoba n'a connu qu'une seule éclosion majeure en 1986 alors que le taux d'incidence a grimpé à 303,8 pour 100 000 habitants (illustré à la figure 54). Étant donné que les vaccins antirougeoleux à dose unique ne sont pas efficaces à 100 %, au fil des ans un bassin important de personnes réceptives, habituellement des enfants, se crée au sein d'une population amenant ainsi des éclosions sporadiques (*Guide canadien d'immunisation, 6e édition, 2002*). En 1996-1997, toutes les régions du Canada, incluant le Manitoba, ont modifié leur calendrier de vaccination en ajoutant une deuxième dose (la première à 12 mois et la deuxième à l'entrée à l'école). Depuis, une diminution marquée des taux d'incidence de la rougeole a été observée. En effet, à l'échelle nationale, les taux se situent près de zéro depuis 1996. Au Manitoba, pas un seul cas de rougeole n'a été déclaré depuis 1994 à l'exception de 1999 où le taux était de 0,09 pour 100 000 habitants.

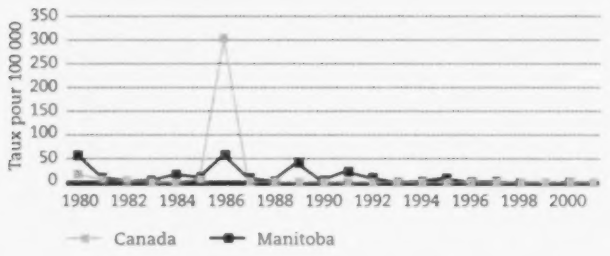


Figure 54.
Taux d'incidence de la rougeole au Manitoba et au Canada – 1980 à 2001

Taux d'incidence : Haemophilus influenzae de type B (invasif) chez les enfants

Un cas confirmé de Haemophilus influenzae de type B (grippe invasive) est défini comme étant une maladie invasive dont l'infection est confirmée en laboratoire en l'absence d'une immunisation récente au moyen d'un vaccin contenant le virus de l'Haemophilus influenzae de type B invasif qui comprend la méningite, la bactériémie, l'épiglottite, la pneumonie, la péricardite, l'arthrite purulente ou l'empyème.

Avant l'introduction des vaccins Hib, les infections à Haemophilus influenzae B étaient la cause la plus fréquente de la méningite bactérienne et la principale cause d'autres infections invasives graves chez les enfants. Les cas de maladies pouvant être prévenues par un vaccin sont maintenant rares. La population considérée à risque pour Haemophilus influenzae de type B (invasif) regroupe les enfants de moins de 5 ans. Les taux de Haemophilus influenzae de type B indiquent le nombre de nouveaux cas enregistrés chaque année chez les enfants de moins de 5 ans et sont exprimés sous la forme d'une proportion de tous les enfants de moins de 5 ans.

Après avoir connu des taux élevés au début des années 1990, le Manitoba et le Canada connaissent de faible taux de Haemophilus influenzae B invasif depuis 1995. En l'an 2000, le taux au Manitoba était de 1,32 nouveau cas pour 100 000 enfants de moins de 5 ans, ce qui représente une diminution de 90 % par rapport aux taux de 1990 établi à 14,39 cas pour 100 000 (figure 55). De même, l'ensemble du Canada a connu une baisse depuis 1990 (un taux de 16,62 pour 100 000) présentant un taux d'incidence pour l'année 2000 de 0,65 cas pour 100 000 enfants de moins de 5 ans. L'accroissement des taux observé de 1990 à 1992 est probablement un reflet de l'augmentation de la surveillance, soit, les cas déclarés. La diminution soudaine des taux entre 1992 et 1993 est attribuable à l'introduction d'un nouveau vaccin très efficace.

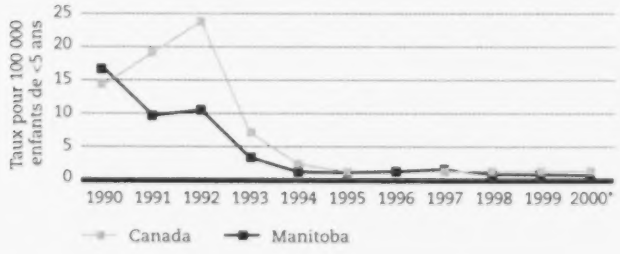


Figure 55.
Taux d'incidence de Hemophilus influenzae b (invasif) au Manitoba et au Canada – 1990 à 2000

Précision sur les données

Les taux d'incidence représentent le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'une condition particulière sous forme de pourcentage de la population à risque d'être atteinte de cette maladie ou de cette condition. Pour chacune des trois maladies pouvant être prévenues par un vaccin signalées ici, la population à risque est unique à chaque maladie. Pour la méningococcie invasive, les enfants et les jeunes de moins de 20 ans sont les plus à risque et sont par le fait même les premiers à être ciblés par la plupart des programmes d'immunisation, surtout pour la méningococcie invasive de type C. Le taux d'incidence de la méningococcie invasive est donc le nombre de nouveaux cas divisé par le nombre total des personnes de moins de 20 ans. Par contre, une éclosion de rougeole peut toucher tout segment d'une population qui n'est pas entièrement immunisé ce qui rend donc toute la population à risque de contracter la rougeole. Les enfants de moins de 5 ans sont considérés à risque de contracter Hemophilus influenzae b (invasif) alors les taux de Hib (invasif) sont exprimés en nombre de nouveaux cas signalés chaque année chez les enfants de moins de 5 ans par rapport à tous les enfants de moins de 5 ans.

Les taux pouvant être prévenus par un vaccin illustrés dans cette section ont été calculés à partir des données provenant de laboratoires et d'autres systèmes de déclaration. L'établissement des rapports sur les données peut comporter une certaine sous-déclaration ou des délais.

7d. Prévalence du diabète

Le taux de prévalence du diabète pour une période donnée est la proportion des individus âgés de 20 et plus qui répondent à la définition de cas du diabète pour une période donnée précise. Alors que l'incidence ne calcule que les nouveaux cas sur une période de référence précise, la prévalence considère quiconque vit en étant atteint de la maladie ou de la condition à un moment précis dans le temps, sans tenir compte du moment où le diagnostic a été posé, en plus du nouveau nombre de cas.

La figure 56 indique le taux de prévalence du diabète par groupe d'âge, séparément, chez les hommes et chez les femmes, pour la période de 1999-2000. Au Canada et au Manitoba, les hommes ont tendance à démontrer un taux de prévalence du diabète supérieur à celui des femmes, à commencer par le groupe des 50-54 ans. Au Manitoba, l'écart entre les sexes continue d'augmenter jusqu'à ce qu'il atteigne le groupe des 70-74 ans où il commence à se stabiliser. La courbe est similaire pour l'ensemble du Canada.

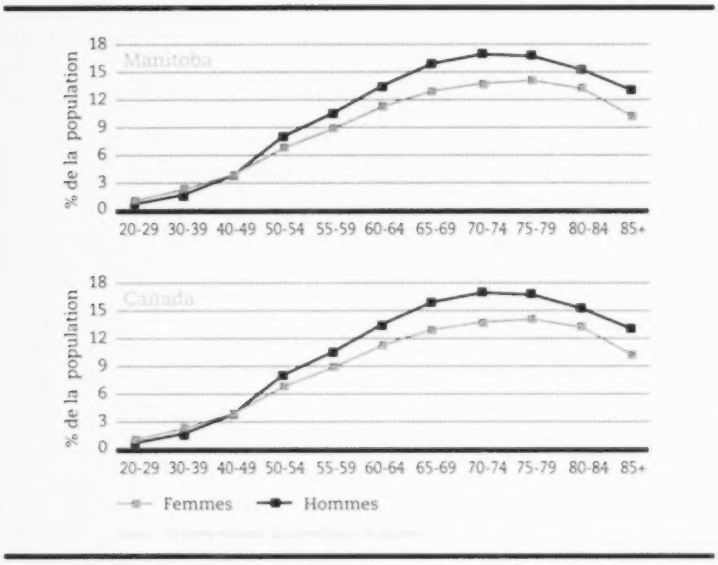
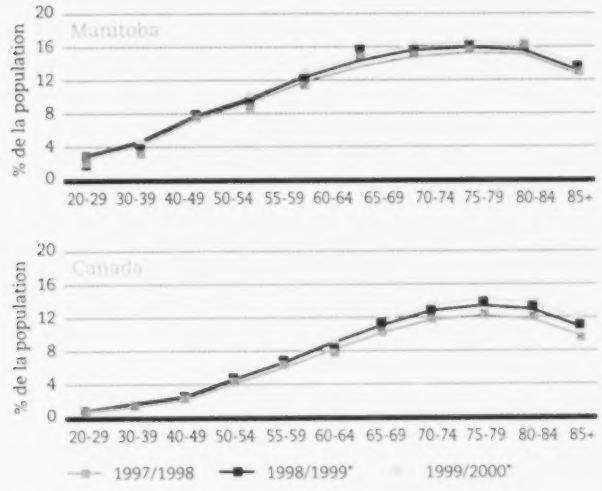


Figure 56.
Taux de prévalence du diabète standardisé selon les groupes d'âge et le sexe au Manitoba et au Canada – 1999-2000

Le fait de repérer les variations de prévalence au cours du temps peut aider à montrer le fardeau imposé par une maladie et à déterminer les activités de prévention secondaire et tertiaire que l'on peut mettre en œuvre. Les figures 57 et 58 permettent de constater la prévalence croissante du diabète depuis que l'on rassemble des données dans le cadre du Système national de surveillance du diabète.

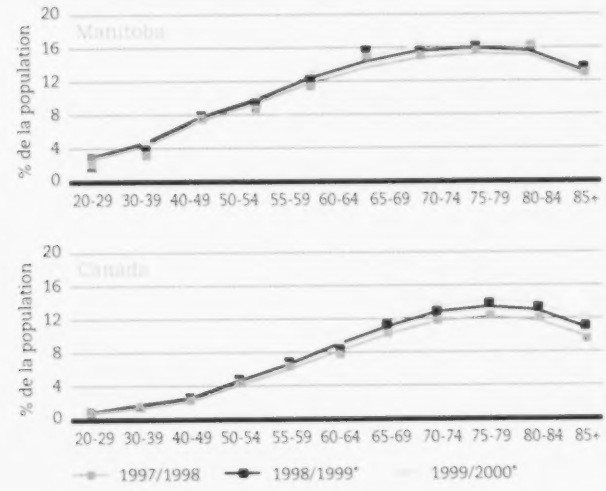
Chez les femmes, tant au Manitoba que dans l'ensemble du Canada, le taux de prévalence du diabète a augmenté au cours des trois dernières années. Le Système national de surveillance du diabète est un nouveau système, et pour les premières années de données, l'augmentation de la prévalence est due en partie à la détection incomplète de tous les cas existants quand seulement deux ou trois années de données sont disponibles. Une partie de cette augmentation peut également être attribuée aux modifications de la définition des cas cliniques de diabète, à une sensibilisation accrue et par conséquent, à un meilleur dépistage de cette maladie ainsi qu'à de meilleurs modèles d'établissement de rapports.

Figure 57.
Taux de prévalence du diabète standardisé selon le groupe d'âge pour les femmes, au Manitoba et au Canada, 1997-1998 à 1999-2000



Tout comme pour les femmes, le taux de prévalence du diabète au Canada et au Manitoba a augmenté au cours des trois dernières années. De nouveau, l'augmentation de la prévalence est attribuable en partie au dépistage incomplet de tous les cas existants.

Figure 58.
Taux de prévalence du diabète standardisé selon le groupe d'âge pour les hommes, au Manitoba et au Canada, 1997-1998 à 1999-2000



Le diabète : Une stratégie manitobaine

• Cette stratégie contient 53 objectifs de santé pour la prévention du diabète, l'éducation, les soins, la recherche et le soutien. Le but de ce plan stratégique est de réduire le fardeau du diabète et de ses complications au Manitoba. Plus de la moitié des recommandations ont été entièrement ou partiellement mises en place par Santé Manitoba, les Offices régionaux de la santé et d'autres partenaires.

Précision sur les données

Le taux de prévalence du diabète reflète la proportion des personnes de plus de 20 ans qui répondent à la définition de cas de diabète, en tout temps pendant ou avant la période déterminée, et étant toujours en vie. La définition d'un cas de diabète diagnostiqué cliniquement, au moyen des données administratives, correspond à au moins deux médecins distincts ayant fait un diagnostic de diabète en moins de deux ans ou à au moins un dossier de diagnostic-congé d'un hôpital contenant un diagnostic de diabète.

Ce taux de prévalence correspond à la proportion de la population totale de plus de 20 ans admissible à l'assurance-maladie pendant la période déterminée. Les personnes non assurées à un moment de l'exercice et celles de moins de 20 ans ont été exclues des analyses.

La détermination des Manitobains atteints de diabète a été effectuée à l'aide des systèmes de renseignements de Santé Manitoba. Comme ces systèmes n'ont pas été conçus au départ pour l'identification et le suivi des patients diabétiques, le dénombrement des cas de diabète dérivé de ces systèmes peut être incomplet. On allègue que les données sous-représentent le nombre réel de Manitobains atteints de diabète.

Qualité des services

Les indicateurs de qualité des services de santé tiennent compte de divers éléments, par exemple, la pertinence, l'efficacité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de santé. Ces indicateurs ne concernent pas tous les domaines pouvant avoir une incidence sur la qualité, telle l'efficacité ou la sécurité, principalement en raison des limites des données existantes.

8. Temps d'attente pour les services de diagnostic et de traitement essentiels

Les temps d'attente constituent un indicateur de la qualité de la réponse du système des soins de santé aux besoins des patients. Les listes d'attente permettent aux médecins et aux hôpitaux de planifier le traitement des patients selon leurs besoins médicaux. Un patient qui nécessite un traitement d'urgence ne se retrouve habituellement pas sur une liste d'attente.

La collecte et la comparaison systématiques des données sur les temps d'attente sont complexes. Antérieurement, différents groupes ont défini et surveillé les temps d'attente de diverses façons. Par exemple, certains calculaient les temps d'attente à partir du moment où une personne consultait une première fois un médecin de famille. D'autres commençaient à calculer le temps d'attente lorsque le patient était évalué par un spécialiste ou quand les résultats des analyses confirmaient la nécessité d'un traitement plus poussé ou à partir d'un autre moment. Chacune de ces approches présente des avantages et des inconvénients.

Il n'existe pas de liste d'attente unique pour tous les patients. Les hôpitaux tiennent des listes d'attente pour certaines procédures. Bon nombre de médecins possèdent leur propre liste d'attente pour les rendez-vous et les chirurgies. Les temps d'attente dépendent de plusieurs facteurs comme la planification des chirurgies par les hôpitaux; la disponibilité des lits; la santé du patient; et la charge de travail du médecin. À ce jour, il est très difficile de définir ce qu'est un temps d'attente raisonnable pour la plupart des chirurgies ou interventions.

Les patients qui nécessitent des soins non urgents sont évalués par leur médecin qui détermine la gravité de la maladie et le risque potentiel pour le patient si le traitement est retardé. Le traitement des patients est alors planifié selon l'urgence.

Les temps d'attente médians constituent une façon de mesurer le temps que devront attendre les patients pour une intervention. La plupart des patients n'attendront pas exactement le temps d'attente médian. Les patients qui nécessitent un traitement plus urgent attendront moins longtemps. Les patients des hôpitaux moins occupés pourront également attendre moins longtemps. Certains patients peuvent décider d'attendre un médecin en particulier ou de recevoir un traitement qui retarde l'intervention.

Les systèmes et autorités en matière de santé, à l'échelle tant provinciale que territoriale, ont un rôle à jouer afin d'offrir des temps d'attente raisonnables pour les services, en assurant une gestion efficace des listes d'attente et des horaires des salles d'opération, des stratégies efficaces d'utilisation des lits et une répartition appropriée des budgets de prévention, de traitement et de suivi. Ce rapport traitera de la question des temps d'attente pour :

a) la chirurgie cardiaque,
b) l'arthroplastie de la hanche et du genou;
c) la radiothérapie pour le cancer du sein et de la prostate;
d) les services de spécialistes, les tests de diagnostic et la chirurgie.

8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque

Pour cet indicateur, les exigences du Comité de révision des indicateurs de rendement précisent que le rapport doit être le temps d'attente entre le cathétérisme cardiaque et le pontage aortocoronarien. Dans le cadre du présent rapport, en raison de la disponibilité des données, les temps d'attente pour un pontage aortocoronarien sont mesurés à partir du moment où un chirurgien, en accord avec son patient, établit que le patient nécessite une chirurgie. Ce temps constitue une attente importante, mais non la seule, qu'une personne peut subir entre l'apparition et la correction des symptômes cardiaques. À mesure de la mise en œuvre des systèmes de surveillance des temps d'attente, on prévoit qu'il sera possible d'établir des rapports plus complets sur les temps d'attente.

Chirurgie cardiaque : Mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente

Cet indicateur du temps d'attente estime le nombre de mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente dans le cas de pontage aortocoronarien. Il s'agit d'une mesure administrative des temps d'attente qui ne reflète pas le temps qu'un patient pourrait attendre. Les données reflètent le nombre total d'adultes de 20 ans et plus pour lesquels un chirurgien a établi qu'un pontage aortocoronarien était nécessaire, alors que le dernier jour du délai en question, l'intervention n'a pas eu lieu. Ces données correspondent à une proportion du nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués mensuellement pendant une période déterminée. Tous les patients sont inclus, même si certains d'entre eux ont choisi d'attendre en raison de choix personnels, ou si l'intervention a été reportée en raison d'une autre maladie. En outre, tous les cas très urgents et non urgents sont inclus.

Le nombre moyen de mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente pour un pontage aortocoronarien au cours de l'exercice 2001-2002 était d'environ 1,3 mois, bien que ce temps d'attente ait varié d'un trimestre à l'autre. Le tableau 1 présente en détail le nombre de patients en attente d'un pontage aortocoronarien à la fin de chaque trimestre, le nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués par mois durant chaque trimestre, et le nombre total de pontages aortocoronariens effectués durant le trimestre.

Tableau 1.
Liste d'attente pour un pontage aortocoronarien, pour le Manitoba – 2001-2002

	Avril-juin 2001	Juillet-sept. 2001	Oct.-déc. 2001	Janv.-mars 2002
Nombre de patients en attente d'un pontage aortocoronarien à la fin de chaque trimestre (A)	44	82	113	96
Nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués chaque trimestre (B)	59,7	60,3	65,7	64,3
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente (A/B)	0,7 mois	1,4 mois	1,7 mois	1,5 mois
Nombre total de pontages aortocoronariens effectués chaque trimestre	179	181	197	192

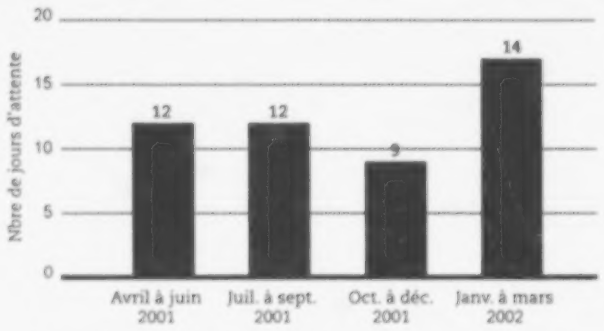
Source : Office régional de la santé de Winnipeg

Chirurgie cardiaque : Temps d'attente médian pour une chirurgie

Cet indicateur du temps d'attente mesure le nombre médian de jours qu'une personne âgée de 20 ans et plus a attendu pour un pontage aortocoronarien au Manitoba durant l'exercice 2001-2002. Le temps d'attente médian représente le point médian ou le 50e percentile de tous les temps d'attente. La moitié des patients qui ont subi une intervention ont attendu moins longtemps que le temps d'attente médian et la moitié des patients ont attendu plus longtemps. Tout comme pour les données précédentes, tous les patients sont inclus même s'ils attendaient en raison d'un choix personnel ou d'une autre maladie. En outre, tous les cas très urgents et non urgents sont inclus.

En 2001-2002, le temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien s'échelonnait de 9 à 14 jours pour les trimestres couverts par la figure 59.

Figure 59.
Temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien, au Manitoba – 2001-2002



Source : *Office régional de la santé de Winnipeg*

Chirurgie cardiaque : Répartition des temps d'attente

Le tableau 2 indique tant la proportion que le nombre réel de patients de 20 ans et plus qui ont attendu moins de 15 jours, de 15 à 42 jours, de 43 à 180 jours ou plus de 180 jours, du moment où ils ont été désignés pour une chirurgie et le moment où le pontage aortocoronarien a réellement été effectué. De nouveau, tous les patients sont inclus, même s'ils attendaient en raison d'un choix personnel ou d'une autre maladie, et les analyses tiennent compte de tous les cas qu'ils soient très urgents ou non urgents.

Tableau 2.
Répartition des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien, au Manitoba – 2001-2002

	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien, en jours							
	Moins de 15 jours		De 15 à 42 jours		De 43 à 180 jours		Plus de 180 jours	
	Nbre de patients	% de patients	Nbre de patients	% de patients	Nbre de patients	% de patients	Nbre de patients	% de patients
Avril à juin 2001	104	58,1 %	23	12,9 %	38	21,3 %	14	7,9 %
Juillet à septembre 2001	100	55,2 %	29	16,0 %	41	22,7 %	11	6,1 %
Octobre à décembre 2001	122	61,9 %	15	7,6 %	53	26,9 %	7	3,6 %
Janvier à mars 2002	98	51,0 %	32	16,7 %	59	30,7 %	3	1,6 %

Source: *Office régional de la santé de Winnipeg*

8a. Temps d'attente pour une chirurgie cardiaque

Pour cet indicateur, les exigences du Comité de révision des indicateurs de rendement précisent que le rapport doit être le temps d'attente entre le cathétérisme cardiaque et le pontage aortocoronarien. Dans le cadre du présent rapport, en raison de la disponibilité des données, les temps d'attente pour un pontage aortocoronarien sont mesurés à partir du moment où un chirurgien, en accord avec son patient, établit que le patient nécessite une chirurgie. Ce temps constitue une attente importante, mais non la seule, qu'une personne peut subir entre l'apparition et la correction des symptômes cardiaques.
À mesure de la mise en œuvre des systèmes de surveillance des temps d'attente, on prévoit qu'il sera possible d'établir des rapports plus complets sur les temps d'attente.

Chirurgie cardiaque : Mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente

Cet indicateur du temps d'attente estime le nombre de mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente dans le cas de pontage aortocoronarien. Il s'agit d'une mesure administrative des temps d'attente qui ne reflète pas le temps qu'un patient pourrait attendre. Les données reflètent le nombre total d'adultes de 20 ans et plus pour lesquels un chirurgien a établi qu'un pontage aortocoronarien était nécessaire, alors que le dernier jour du délai en question, l'intervention n'a pas eu lieu. Ces données correspondent à une proportion du nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués mensuellement pendant une période déterminée. Tous les patients sont inclus, même si certains d'entre eux ont choisi d'attendre en raison de choix personnels, ou si l'intervention a été reportée en raison d'une autre maladie. En outre, tous les cas très urgents et non urgents sont inclus.

Le nombre moyen de mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente pour un pontage aortocoronarien au cours de l'exercice 2001-2002 était d'environ 1,3 mois, bien que ce temps d'attente ait varié d'un trimestre à l'autre. Le tableau 1 présente en détail le nombre de patients en attente d'un pontage aortocoronarien à la fin de chaque trimestre, le nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués par mois durant chaque trimestre, et le nombre total de pontages aortocoronariens effectués durant le trimestre.

Tableau 1.
Liste d'attente pour un pontage aortocoronarien, pour le Manitoba – 2001-2002

	Avril-juin 2001	Juillet-sept. 2001	Oct.-déc. 2001	Janv.-mars 2002
Nombre de patients en attente d'un pontage aortocoronarien à la fin de chaque trimestre (A)	44	82	113	96
Nombre moyen de pontages aortocoronariens effectués chaque trimestre (B)	59,7	60,3	65,7	64,3
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente (A/B)	0,7 mois	1,4 mois	1,7 mois	1,5 mois
Nombre total de pontages aortocoronariens effectués chaque trimestre	179	181	197	192

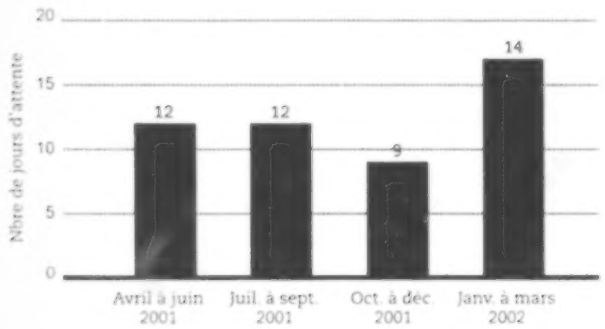
Source : Office régional de la santé de Winnipeg

Chirurgie cardiaque : Temps d'attente médian pour une chirurgie

Cet indicateur du temps d'attente mesure le nombre médian de jours qu'une personne âgée de 20 ans et plus a attendu pour un pontage aortocoronarien au Manitoba durant l'exercice 2001-2002. Le temps d'attente médian représente le point médian ou le 50e percentile de tous les temps d'attente. La moitié des patients qui ont subi une intervention ont attendu moins longtemps que le temps d'attente médian et la moitié des patients ont attendu plus longtemps. Tout comme pour les données précédentes, tous les patients sont inclus même s'ils attendaient en raison d'un choix personnel ou d'une autre maladie. En outre, tous les cas très urgents et non urgents sont inclus.

En 2001-2002, le temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien s'échelonnait de 9 à 14 jours pour les trimestres couverts par la figure 59.

Figure 59.
Temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien, au Manitoba – 2001-2002



Source : Office régional de la santé de Winnipeg

Chirurgie cardiaque : Répartition des temps d'attente

Le tableau 2 indique tant la proportion que le nombre réel de patients de 20 ans et plus qui ont attendu moins de 15 jours, de 15 à 42 jours, de 43 à 180 jours ou plus de 180 jours, du moment où ils ont été désignés pour une chirurgie et le moment où le pontage aortocoronarien a réellement été effectué. De nouveau, tous les patients sont inclus, même s'ils attendaient en raison d'un choix personnel ou d'une autre maladie, et les analyses tiennent compte de tous les cas qu'ils soient très urgents ou non urgents.

Tableau 2.
Répartition des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien, au Manitoba – 2001-2002

Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien, en jours								
	Moins de 15 jours		De 15 à 42 jours		De 43 à 180 jours		Plus de 180 jours	
	Nbre de patients	% de patients	Nbre de patients	% de patients	Nbre de patients	% de patients	Nbre de patients	% de patients
Avril à juin 2001	104	58,1 %	23	12,9 %	38	21,3 %	14	7,9 %
Juillet à septembre 2001	100	55,2 %	29	16,0 %	41	22,7 %	11	6,1 %
Octobre à décembre 2001	122	61,9 %	15	7,6 %	53	26,9 %	7	3,6 %
Janvier à mars 2002	98	51,0 %	32	16,7 %	59	30,7 %	3	1,6 %

Source : Office régional de la santé de Winnipeg

Liste d'attente centrale pour les chirurgies cardiaques

- Depuis juillet 1999, un processus de maintien d'une liste d'attente centrale pour les chirurgies cardiaques a été mis en place à Winnipeg en collaboration avec le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario.
- Un coordonnateur de la liste d'attente pour les chirurgies cardiaques supervise le processus de maintien de la liste d'attente centrale pour les chirurgies cardiaques et surveille l'état de tous les patients en attente d'une chirurgie cardiaque dont l'état est stable afin de pouvoir détecter tout changement significatif.

Précision sur les données

En ce qui concerne les temps d'attente pour la chirurgie cardiaque, les données ne reflètent que des cas « isolés » de pontage aortocoronarien, sans complication causée par une autre intervention (par ex., réparation ou remplacement de valvule). En raison des différents processus d'évaluation des urgences en vigueur au Canada, tous les cas isolés de pontage aortocoronarien sont pris en compte, qu'ils soient très urgents, urgents, semi-urgents ou non urgents. Il s'agit de données présentées pour des patients qui ont subi une intervention à Winnipeg, quel que soit leur lieu de résidence. Tous les patients figurant dans la base de données ont 20 ans et plus.

8b. Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou

Au Manitoba, on n'a rassemblé l'information sur les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou que récemment et cette information ne reflète pas toutes les arthroplasties de ce genre réalisées dans la province. L'Office régional de la santé de Winnipeg se charge de recueillir l'information auprès des bureaux des chirurgiens. La base de données n'inclut pas les arthroplasties effectuées en dehors de Winnipeg. Durant les trimestres couverts par ces données, de 13 à 15 chirurgiens ont soumis de l'information concernant la liste d'attente pour une arthroplastie à l'Office régional de la santé de Winnipeg. Les interventions de ces 13 à 15 chirurgiens représentent 60 à 65 % du volume total des arthroplasties réalisées à Winnipeg.

Arthroplastie de la hanche et du genou : Mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente

Cet indicateur de temps d'attente permet d'évaluer le nombre de mois nécessaires en moyenne afin d'éliminer une liste d'attente pour les arthroplasties totales, soit de la hanche, soit du genou. Il s'agit d'une mesure administrative des temps d'attente qui ne reflète pas le temps qu'un patient pourrait attendre. Les données reflètent le nombre total d'adultes de 18 ans et plus pour lesquels un chirurgien a établi qu'une arthroplastie de la hanche ou du genou était nécessaire, alors que le dernier jour du délai en question, l'intervention n'a pas eu lieu. Ces données correspondent à une proportion du nombre moyen d'interventions effectuées mensuellement pendant une période déterminée. À cause du type de base de données, les patients qui attendaient en raison d'un choix personnel ou d'une maladie sont exclus de l'analyse. Tous les cas très urgents ou non urgents sont inclus.

Pour la période s'échelonnant d'octobre 2001 à mars 2002, le nombre moyen de mois nécessaires pour éliminer la liste d'attente était d'environ 5,5 mois pour une arthroplastie totale de la hanche et d'environ 6 mois pour une arthroplastie du genou. Le tableau 3 présente en détail le nombre de patients en attente d'une arthroplastie de la hanche ou du genou à la fin de chaque trimestre, le nombre moyen d'interventions effectuées à chaque trimestre, le temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente et le nombre total de chirurgies effectuées durant le trimestre.

Tableau 3.
Liste d'attente* pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou au Manitoba – 2001-2002

	Arthroplastie totale de la hanche		Arthroplastie du genou	
	Oct. à déc. 2001	Janv. à mars 2002	Oct. à déc. 2001	Janv. à mars 2000
Nombre de patients en attente d'une arthroplastie à la fin de chaque trimestre (A)	228 (93 % provenant du Manitoba)	238 (94 % provenant du Manitoba)	431 (93 % provenant du Manitoba)	452 (94 % provenant du Manitoba)
Nombre de patients figurant sur une liste d'attente dont l'intervention a été reportée en raison d'un choix personnel ou de l'état de santé (B)	39	40	89	87
Nombre total de patients figurant sur une liste d'attente (C=A-B)	189	198	342	365
Nombre moyen d'arthroplasties effectuées chaque trimestre (D)	34,3	36,0	67,7	53,3
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente à la fin du trimestre (C/D)	5,5 mois	5,5 mois	5,1 mois	6,8 mois
Nombre total d'arthroplasties effectuées chaque trimestre*	103 (98 % provenant du Manitoba)	108 (93 % provenant du Manitoba)	203 (97 % provenant du Manitoba)	160 (98 % provenant du Manitoba)

Source: Office régional de la santé de Winnipeg
**Au cours de la période d'octobre à décembre 2001, 13 chirurgiens ont soumis de l'information à l'Office régional de la santé de Winnipeg et de janvier à mars 2002, 15 chirurgiens ont soumis de l'information.*

Arthroplastie de la hanche et du genou : Temps d'attente médian pour une chirurgie

Cet indicateur de temps d'attente mesure le temps qu'une personne âgée de 18 ans ou plus a dû attendre avant de subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. Les données du tableau 3 ne reflètent pas nécessairement le temps qu'un patient de 18 ans et plus est susceptible d'attendre avant que son arthroplastie de la hanche ou du genou ne soit effectuée. Les données de la figure 60 reflètent le nombre médian de jours d'attente entre le moment où un chirurgien a désigné un patient pour une arthroplastie et le moment où l'intervention a été réalisée.

Tableau 3.
Liste d'attente* pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou au Manitoba – 2001-2002

	Arthroplastie totale de la hanche		Arthroplastie du genou	
	Oct. à déc. 2001	Janv. à mars 2002	Oct. à déc. 2001	Janv. à mars 2000
Nombre de patients en attente d'une arthroplastie à la fin de chaque trimestre (A)	228 (93 % provenant du Manitoba)	238 (94 % provenant du Manitoba)	431 (93 % provenant du Manitoba)	452 (94 % provenant du Manitoba)
Nombre de patients figurant sur une liste d'attente dont l'intervention a été reportée en raison d'un choix personnel ou de l'état de santé (B)	39	40	89	87
Nombre total de patients figurant sur une liste d'attente (C=A-B)	189	198	342	365
Nombre moyen d'arthroplasties effectuées chaque trimestre (D)	34,3	36,0	67,7	53,3
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente à la fin du trimestre (C/D)	5,5 mois	5,5 mois	5,1 mois	6,8 mois
Nombre total d'arthroplasties effectuées chaque trimestre*	103 (98 % provenant du Manitoba)	108 (93 % provenant du Manitoba)	203 (97 % provenant du Manitoba)	160 (98 % provenant du Manitoba)

Source : Office régional de la santé de Winnipeg
**Au cours de la période d'octobre à décembre 2001, 13 chirurgiens ont soumis de l'information à l'Office régional de la santé de Winnipeg et de janvier à mars 2002, 15 chirurgiens ont soumis de l'information.*

Arthroplastie de la hanche et du genou : Temps d'attente médian pour une chirurgie

Cet indicateur de temps d'attente mesure le temps qu'une personne âgée de 18 ans ou plus a dû attendre avant de subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. Les données du tableau 3 ne reflètent pas nécessairement le temps qu'un patient de 18 ans et plus est susceptible d'attendre avant que son arthroplastie de la hanche ou du genou ne soit effectuée. Les données de la figure 60 reflètent le nombre médian de jours d'attente entre le moment où un chirurgien a désigné un patient pour une arthroplastie et le moment où l'intervention a été réalisée.

Tel qu'indiqué à la figure 60, le nombre de semaines qu'une personne de 18 ans et plus est susceptible d'attendre pour une arthroplastie de la hanche ou du genou au Manitoba au cours de la période illustrée était d'environ 15 semaines. Comme pour les données précédentes, les patients qui attendent en raison d'un choix personnel ou d'une autre maladie sont exclus des analyses. Tous les cas très urgents ou non urgents sont inclus.

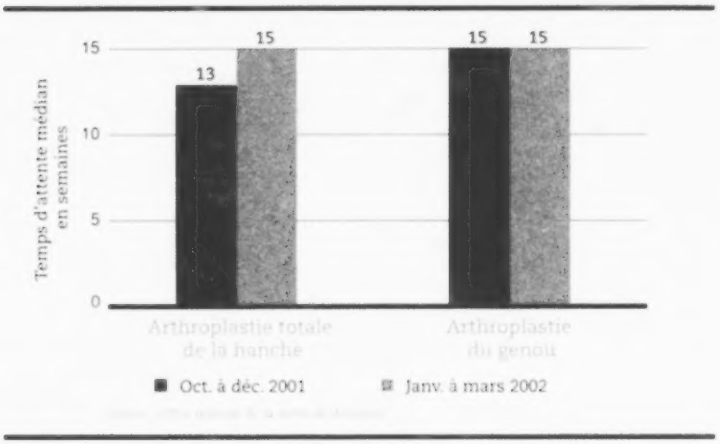


Figure 60. Temps d'attente médian pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou au Manitoba – octobre 2001 à mars 2002

Arthroplastie de la hanche et du genou : Répartition des temps d'attente

Le tableau 4 indique le nombre réel et le pourcentage de patients de 18 ans et plus qui ont attendu moins de 13 semaines, de 13 à 27 semaines, de 28 à 52 semaines, de 53 à 77 semaines et plus de 77 semaines, entre le moment où ils ont été désignés pour une chirurgie et le moment où l'arthroplastie de la hanche ou du genou a réellement eu lieu. Ces données ne reflètent pas la pertinence du temps d'attente.

Tableau 4.
Répartition des temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, au Manitoba – 2001-2002

Intervention chirurgicale	Temps d'attente en semaines	Octobre à décembre 2001		Janvier à mars 2002	
		Nbre de patients	Pourcentage de patients	Nbre de patients	Pourcentage de patients
Arthoplastie totale de la hanche	Moins de 13 semaines	43	48,9 %	37	38,1 %
	13 à 27 semaines	30	34,1 %	42	43,3 %
	28 à 52 semaines	13	14,8 %	16	16,5 %
	53 à 77 semaines	2	2,3 %	2	2,1 %
	Plus de 77 semaines	0	—	0	—
	Temps d'attente non connu	0	—	0	—
Arthoplastie de genou	Moins de 13 semaines	70	39,5 %	43	30,3 %
	13 à 27 semaines	63	35,6 %	71	50,0 %
	28 à 52 semaines	34	19,2 %	24	16,9 %
	53 à 77 semaines	4	2,2 %	1	0,7 %
	Plus de 77 semaines	2	1,1 %	0	—
	Temps d'attente non connu	4	2,3 %	3	2,1 %

Source: Office régional de la santé de Winnipeg

RÉALLOCATION DES CHIRURGIES

- Environ 350 chirurgies orthopédiques générales seront effectuées dans deux hôpitaux du Sud-Est du Manitoba, avec un plus grand nombre de tables opératoires prévues à l'hôpital Bethesda (Steinbach) et à l'hôpital Ste. Anne d'ici à l'automne 2002.

Précision sur les données

En ce qui concerne les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou, les données ne reflètent que les arthroplasties totales de la hanche et les arthroplasties totales et partielles du genou. Toutes les révisions ont été exclues. Toutes les arthroplasties totales de la hanche ou du genou, par ex. très urgentes, urgentes, semi-urgentes ou non urgentes, pour lesquelles des chirurgiens de Winnipeg ont soumis de l'information sont incluses dans les données. Ces données excluent les patients dont le temps d'attente a été prolongé en raison d'un choix personnel ou d'une maladie. Il s'agit de données présentées pour des patients qui ont subi une intervention à Winnipeg, quel que soit leur lieu de résidence. Tous les patients figurant dans la base de données ont 18 ans et plus. Tel qu'indiqué précédemment, les données ne reflètent que 60 à 65 % du nombre total d'arthroplasties effectuées à Winnipeg.

Tableau 4.
Répartition des temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, au Manitoba – 2001-2002

Intervention chirurgicale	Temps d'attente en semaines	Octobre à décembre 2001		Janvier à mars 2002	
		Nbre de patients	Pourcentage de patients	Nbre de patients	Pourcentage de patients
Arthoplastie totale de la hanche	Moins de 13 semaines	43	48,9 %	37	38,1 %
	13 à 27 semaines	30	34,1 %	42	43,3 %
	28 à 52 semaines	13	14,8 %	16	16,5 %
	53 à 77 semaines	2	2,3 %	2	2,1 %
	Plus de 77 semaines	0	—	0	—
	Temps d'attente non connu	0	—	0	—
Arthoplastie de genou	Moins de 13 semaines	70	39,5 %	43	30,3 %
	13 à 27 semaines	63	35,6 %	71	50,0 %
	28 à 52 semaines	34	19,2 %	24	16,9 %
	53 à 77 semaines	4	2,2 %	1	0,7 %
	Plus de 77 semaines	2	1,1 %	0	—
	Temps d'attente non connu	4	2,3 %	3	2,1 %

Source: *Office régional de la santé de Winnipeg*

RÉALLOCATION DES CHIRURGIES

• Environ 350 chirurgies orthopédiques générales seront effectuées dans deux hôpitaux du Sud-Est du Manitoba, avec un plus grand nombre de tables opératoires prévues à l'hôpital Bethesda (Steinbach) et à l'hôpital Ste. Anne d'ici à l'automne 2002.

Précision sur les données

En ce qui concerne les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou, les données ne reflètent que les arthroplasties totales de la hanche et les arthroplasties totales et partielles du genou. Toutes les révisions ont été exclues. Toutes les arthroplasties totales de la hanche ou du genou, par ex. très urgentes, urgentes, semi-urgentes ou non urgentes, pour lesquelles des chirurgiens de Winnipeg ont soumis de l'information sont incluses dans les données. Ces données excluent les patients dont le temps d'attente a été prolongé en raison d'un choix personnel ou d'une maladie. Il s'agit de données présentées pour des patients qui ont subi une intervention à Winnipeg, quel que soit leur lieu de résidence. Tous les patients figurant dans la base de données ont 18 ans et plus. Tel qu'indiqué précédemment, les données ne reflètent que 60 à 65 % du nombre total d'arthroplasties effectuées à Winnipeg.

8c. *Temps d'attente pour des traitements de radiothérapie*

ActionCancer Manitoba se charge de recueillir l'information sur les temps d'attente pour la radiothérapie en ce qui a trait au cancer du sein ou de la prostate. Les données correspondant à ces indicateurs reflètent les patients de 18 ans et plus résidant au Manitoba pour lesquels un oncologue a déterminé qu'une radiothérapie était nécessaire, mais qui n'ont pas encore commencé le traitement. Les données comprennent les nouveaux patients uniquement, c'est-à-dire ceux qui sont référés pour la première fois à un oncologue à la suite d'un diagnostic établi de malignité. Ces données ne témoignent pas de la pertinence du temps d'attente.

Radiothérapie : Semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente

Ces données reflètent l'estimation du nombre de semaines nécessaires en moyenne afin d'éliminer une liste d'attente pour la radiothérapie pour le cancer du sein ou de la prostate. Il s'agit d'une mesure administrative des temps d'attente qui ne reflète pas le temps qu'un patient pourrait attendre.

En 2001-2002, le nombre de semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente en radiothérapie pour les personnes atteintes d'un cancer de la prostate était de 18,2 semaines, et d'environ 13,8 semaines pour un cancer du sein. Comme l'illustre le tableau 5, le temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente pour les cas de cancer de la prostate variait entre 9,5 et 30,4 semaines et était assez uniforme pour les cas de cancer du sein au cours des quatre trimestres. Ces données doivent être interprétées avec prudence parce qu'il n'a pas été possible d'exclure la période de temps pendant laquelle les patients recevaient les traitements requis avant le début de la radiothérapie, comme le recommande les exigences du PIRC. Les données pour les patients cancéreux qui ont attendu en raison de choix personnels, d'autres maladies ou des exigences d'autres traitements avant la radiothérapie sont compris dans les analyses. Les données présentées reflètent le temps estimé nécessaire pour éliminer la liste d'attente si tous les patients de cette liste étaient prêts à commencer le traitement, ce qui n'était pas le cas.

Le tableau 5 présente en détail le nombre de patients en attente d'une radiothérapie à la fin de chaque trimestre, le nombre moyen de traitements radiologiques débutés par semaine à chaque trimestre, et le nombre de semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente pour les cas de cancer de la prostate et de cancer du sein.

Tableau 5.
Liste d'attente pour la radiothérapie, au Manitoba – 2001-2002

	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Quatrième trimestre
Cancer de la prostate				
Nombre de patients atteints du cancer de la prostate en attente d'une radiothérapie à la fin de chaque trimestre (A)	66	52	82	83
Nombre moyen de débuts de radiothérapie chaque semaine pour le cancer de la prostate (B)	4,0	5,5	2,7	5,1
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente (A/B)	16,5 semaines	9,5 semaines	30,4 semaines	16,3 semaines
Cancer du sein				
Nombre de patientes atteintes du cancer du sein en attente d'une radiothérapie à la fin de chaque trimestre (C)	130	131	114	120
Nombre moyen de débuts de radiothérapie chaque semaine pour le cancer du sein (D)	8,7	9,2	8,8	9,1
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente (C/D)	14,9 semaines	14,2 semaines	13,0 semaines	13,2 semaines

Source : ActionCancer Manitoba

8c. Temps d'attente pour des traitements de radiothérapie

ActionCancer Manitoba se charge de recueillir l'information sur les temps d'attente pour la radiothérapie en ce qui a trait au cancer du sein ou de la prostate. Les données correspondant à ces indicateurs reflètent les patients de 18 ans et plus résidant au Manitoba pour lesquels un oncologue a déterminé qu'une radiothérapie était nécessaire, mais qui n'ont pas encore commencé le traitement. Les données comprennent les nouveaux patients uniquement, c'est-à-dire ceux qui sont référés pour la première fois à un oncologue à la suite d'un diagnostic établi de malignité. Ces données ne témoignent pas de la pertinence du temps d'attente.

Radiothérapie : Semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente

Ces données reflètent l'estimation du nombre de semaines nécessaires en moyenne afin d'éliminer une liste d'attente pour la radiothérapie pour le cancer du sein ou de la prostate. Il s'agit d'une mesure administrative des temps d'attente qui ne reflète pas le temps qu'un patient pourrait attendre.

En 2001-2002, le nombre de semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente en radiothérapie pour les personnes atteintes d'un cancer de la prostate était de 18,2 semaines, et d'environ 13,8 semaines pour un cancer du sein. Comme l'illustre le tableau 5, le temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente pour les cas de cancer de la prostate variait entre 9,5 et 30,4 semaines et était assez uniforme pour les cas de cancer du sein au cours des quatre trimestres. Ces données doivent être interprétées avec prudence parce qu'il n'a pas été possible d'exclure la période de temps pendant laquelle les patients recevaient les traitements requis avant le début de la radiothérapie, comme le recommande les exigences du PIRC. Les données pour les patients cancéreux qui ont attendu en raison de choix personnels, d'autres maladies ou des exigences d'autres traitements avant la radiothérapie sont compris dans les analyses. Les données présentées reflètent le temps estimé nécessaire pour éliminer la liste d'attente si tous les patients de cette liste étaient prêts à commencer le traitement, ce qui n'était pas le cas.

Le tableau 5 présente en détail le nombre de patients en attente d'une radiothérapie à la fin de chaque trimestre, le nombre moyen de traitements radiologiques débutés par semaine à chaque trimestre, et le nombre de semaines nécessaires pour éliminer la liste d'attente pour les cas de cancer de la prostate et de cancer du sein.

Tableau 5.
Liste d'attente pour la radiothérapie, au Manitoba – 2001-2002

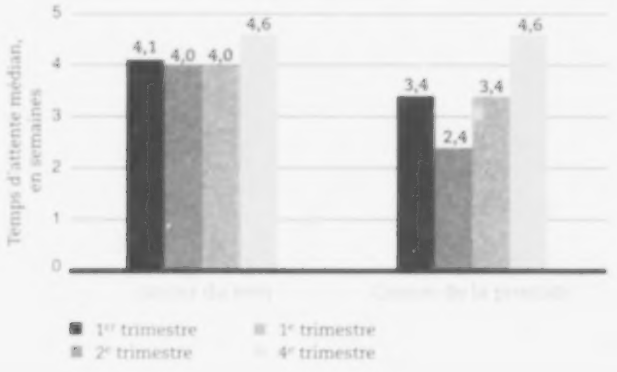
	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Quatrième trimestre
Cancer de la prostate				
Nombre de patients atteints du cancer de la prostate en attente d'une radiothérapie à la fin de chaque trimestre (A)	66	52	82	83
Nombre moyen de débuts de radiothérapie chaque semaine pour le cancer de la prostate (B)	4,0	5,5	2,7	5,1
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente (A/B)	16,5 semaines	9,5 semaines	30,4 semaines	16,3 semaines
Cancer du sein				
Nombre de patientes atteintes du cancer du sein en attente d'une radiothérapie à la fin de chaque trimestre (C)	130	131	114	120
Nombre moyen de débuts de radiothérapie chaque semaine pour le cancer du sein (D)	8,7	9,2	8,8	9,1
Temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente (C/D)	14,9 semaines	14,2 semaines	13,0 semaines	13,2 semaines

Source: ActionCancer Manitoba

Radiothérapie : Temps d'attente médian pour une thérapie

Les données de la figure 61 reflètent le nombre médian de semaines attendues entre la date à laquelle un oncologue a déterminé qu'un patient était prêt à commencer une radiothérapie et la date à laquelle la thérapie a débuté. Dans les cas où les patients nécessitaient une hormonothérapie, une chimiothérapie ou une autre forme de traitement avant le début de la radiothérapie, le temps d'attente débutait à la fin de ce traitement. Durant l'exercice 2001-2002, le nombre médian de semaines que les patientes âgées de 18 ans et plus atteintes du cancer du sein ont dû attendre avant de commencer la radiothérapie était de 4,2 semaines. Pour les patients atteints du cancer de la prostate, le temps d'attente médian était de 3,5 semaines.

Figure 61



Précision sur les données

Les données reflétant les temps d'attente pour la radiothérapie sont présentées pour les patients qui attendent pour une radiothérapie à Winnipeg, sans égard à leur lieu de résidence au Manitoba. Tous les patients dans cette base de données sont âgés de 18 ans et plus, sont de nouveaux patients (référés pour une première fois à un oncologue avec un diagnostic établi de malignité), et sont présumés prêts à entreprendre une radiothérapie.

En ce qui concerne le temps nécessaire pour éliminer la liste d'attente, les exigences du PIRC indiquent que, lorsque cela est possible, les personnes ne devraient pas être comptées dans le numérateur si une décision a été prise, soit par la personne ou le médecin, de ne pas procéder au traitement ou de le reporter pour des raisons médicales ou autres. Dans le cadre de ces analyses, il n'était pas possible d'exclure ces patients des données.

8d. Temps d'attente pour une consultation auprès d'un spécialiste, des examens diagnostiques complémentaires et une chirurgie

Ces indicateurs reflètent les temps d'attente pour les services suivants :

a) visites chez un spécialiste pour une pathologie ou un état de santé récent;
b) chirurgie non urgente;
c) tests de diagnostic déterminés (en particulier, imageries par résonance magnétique, angiographies et tomodensitogrammes non urgents).

L'Office régional de la santé de Winnipeg recueille les renseignements concernant le temps d'attente pour des tests de diagnostic déterminés, et ces renseignements sont rapportés périodiquement; cependant, le Manitoba ne dispose pas de données suffisantes pour faire rapport sur cet indicateur de santé au moment présent.

9. Satisfaction des patients

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a permis de rassembler de l'information sur les perceptions individuelles de la qualité des services de soins de santé d'environ 8 400 Manitobains. La satisfaction des patients se définit comme le pourcentage des adultes qui se considèrent très satisfaits ou plutôt satisfaits de la prestation des services suivants :

a) services de soins de santé généraux reçus;
b) services reçus dans un hôpital;
c) services donnés par un médecin de famille ou un autre médecin;
d) services communautaires reçus.

Ces indicateurs s'appliquent aux personnes qui ont reçu des services de soins de santé au cours d'une période de référence de 12 mois. Les mesures concernent l'évaluation par la personne de la qualité des soins reçus et sa satisfaction quant aux services. Les indicateurs s'appliquent aux personnes de 15 ans et plus qui vivent dans des foyers privés. Pour chaque zone de services, les participants à l'enquête devaient répondre aux questions suivantes : *Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité des soins de santé reçus?* et *Dans quelle mesure avez-vous été satisfait du mode de prestation des services de santé?*

9a. Satisfaction des patients : Services de soins de santé généraux

En 2000, 73,8 % des Manitobains (70,1 % des hommes et 77,4 % des femmes) et 75,6 % des Canadiens (69,7 % des hommes et 81,3 % des femmes) qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont reçu certains services de soins de santé au cours des 12 mois précédant cette enquête. Parmi les Manitobains qui ont reçu certains services de santé, environ 80 % ont évalué ces soins comme excellents ou très bons. Tel qu'indiqué à la figure 62, 84 % aussi bien des hommes que des femmes, à l'échelle nationale, ont évalué les soins reçus comme excellents ou très bons.

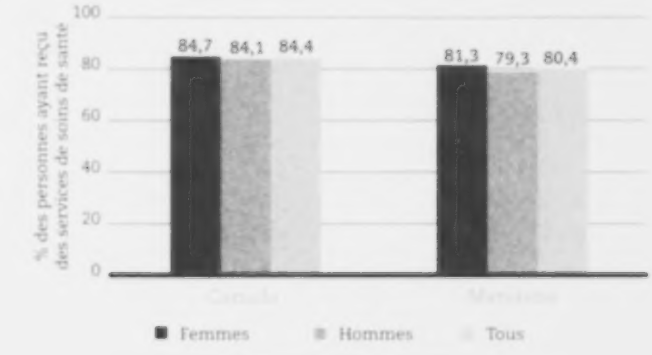
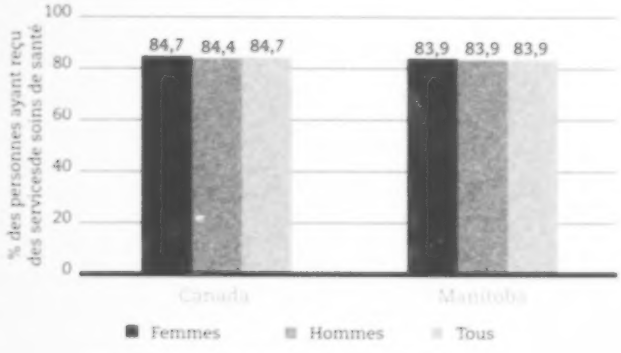


Figure 62.

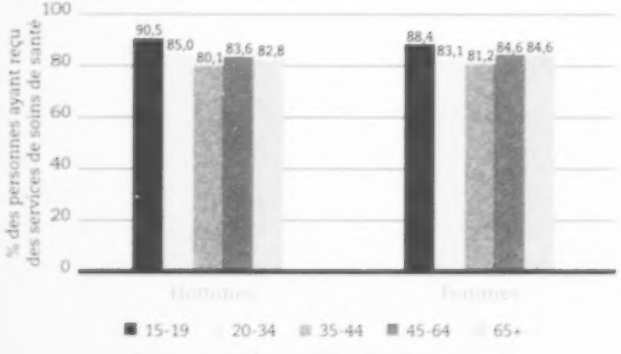
Interrogés sur leur degré de satisfaction en ce qui concerne les soins de santé reçus au cours des 12 derniers mois, environ 84 % des Manitobains ayant reçu une forme quelconque de soins de santé ont affirmé avoir été très ou plutôt satisfaits. Les données de cette figure sont presque identiques à celles du Canada (voir la figure 63).

Figure 63.
Pourcentage des personnes qui déclarent être très ou plutôt satisfaites des services de soins de santé, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000



La figure 64 illustre le pourcentage de tous les répondants à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes qui ont déclaré être très ou plutôt satisfaits des services de soins de santé détaillés par groupes d'âge au Manitoba.

Figure 64.
Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services de soins de santé, selon le sexe et le groupe d'âge – 2000



9b. Satisfaction des patients : Services hospitaliers

En 2000, 22,4% des Manitobains (22,0 % des hommes et 22,8 % des femmes) et 25,9% des Canadiens (23,3 % des hommes et 28,3 % des femmes) qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédant cette enquête. Parmi les Manitobains qui ont reçu des soins hospitaliers, 82 % ont évalué la qualité du service obtenu comme excellente ou très bonne. Tel qu'indiqué à la figure 65, les chiffres nationaux sont presque les mêmes que ceux du Manitoba, avec près de 80 %, aussi bien des hommes que des femmes, évaluant leurs services hospitaliers comme excellents ou très bons.

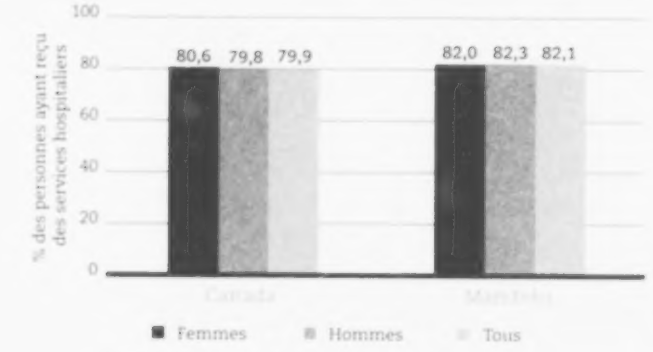


Figure 65. Pourcentage des personnes évaluant les services hospitaliers comme excellents ou très bons, selon le sexe, au Manitoba et au Canada — 2000

La figure 66 présente le pourcentage de Manitobains et de Canadiens qui ont reçu des soins hospitaliers et qui ont affirmé avoir été très ou plutôt satisfaits de ces soins. Les taux au Canada et au Manitoba semble très similaires, c'est-à-dire environ 80 %. La figure 67 montre le pourcentage de Manitobains selon le sexe et le groupe d'âge qui ont signalé avoir été très ou plutôt satisfaits des soins hospitaliers reçus.

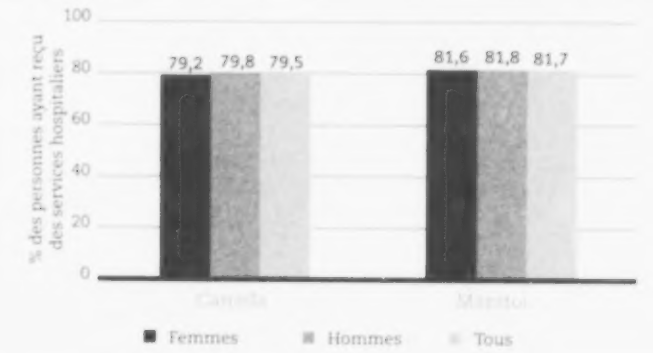
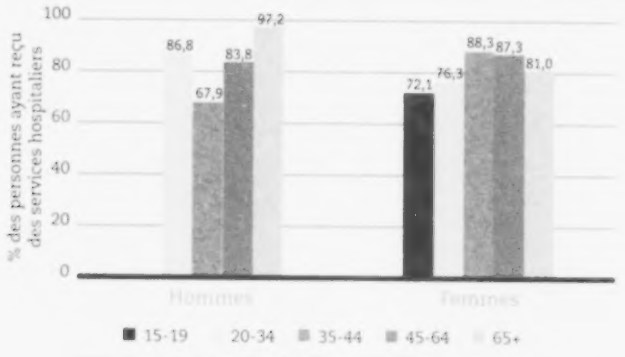


Figure 66. Pourcentage des personnes affirmant être très ou plutôt satisfaites des services hospitaliers, selon le sexe, au Manitoba et au Canada — 2000

La figure 67 illustre le pourcentage de tous les répondants à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes qui ont déclaré être très ou plutôt satisfaits des services hospitaliers détaillés par groupes d'âge. Statistique Canada nous avise de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données pour le groupe d'âge des 15 à 19 ans (chez les hommes et les femmes) et le groupe d'âge des 45 à 64 ans (hommes seulement) étant donné que la taille de l'échantillon pour ces groupes d'âge était plus petite que celle qui convient à des comparaisons statistiques. De plus, les données pour les hommes âgés de 15 à 19 ans ont été considérées par Statistique Canada comme étant trop incertaines pour être publiées.

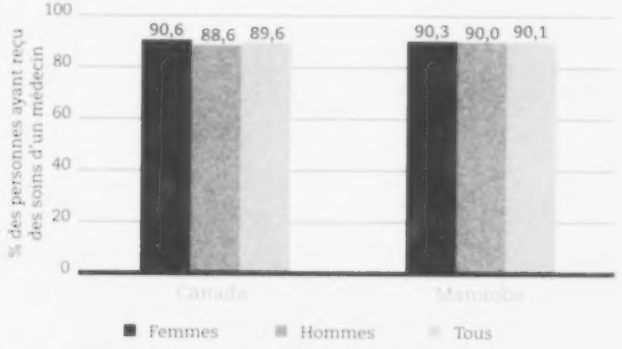
Figure 67.
Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services hospitaliers, selon le sexe et le groupe d'âge – 2000



9c. Satisfaction des patients : Services d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

En 2000, 64,7 % des Manitobains et 60,6 % des Canadiens qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont reçu des services de santé de leur médecin de famille ou d'un autre médecin dans les 12 mois précédant l'enquête. Au Manitoba, 54,1 % des répondants masculins à l'enquête avaient consulté un médecin au cours de la dernière année, comparativement à 66,9 % des femmes. De même à l'échelle nationale, 56,9 % des répondants masculins avaient consulté un médecin au cours de la dernière année, comparativement à 72,2 % des répondantes. Parmi les personnes qui ont reçu les soins d'un médecin, tant au Canada qu'au Manitoba, environ 90 % ont évalué la qualité des services reçus comme excellente ou très bonne (voir la figure 68).

Figure 68.
Pourcentage des personnes évaluant les services des médecins comme excellents ou très bons, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000



Parmi les personnes qui ont reçu les soins d'un médecin au cours de la dernière année, tant au Canada qu'au Manitoba, environ 90 % ont affirmé avoir été très ou plutôt satisfaites de ces soins (voir la figure 69).

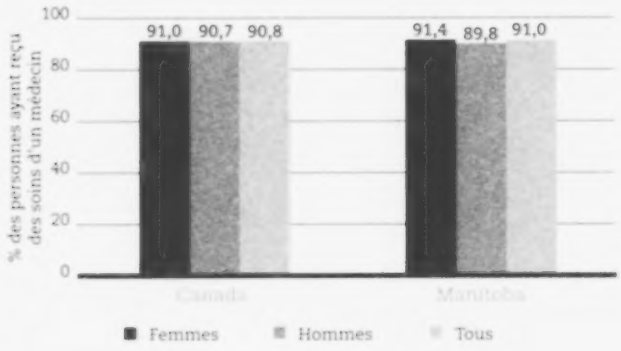


Figure 69.
Pourcentage des personnes affirmant être très ou plutôt satisfaites des services des médecins, selon le sexe, au Manitoba et au Canada - 2000

La figure 70 illustre le pourcentage de tous les répondants à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes qui ont déclaré être très ou plutôt satisfaits des services des médecins, détaillés par groupes d'âge. Entre 80 et 95 % des hommes et des femmes de tous les groupes d'âge interrogés ont déclaré être très ou plutôt satisfaits des services qu'ils ont reçus des médecins au cours des 12 derniers mois. Statistique Canada nous avise de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données pour le groupe d'âge des 15 à 19 ans chez les hommes étant donné que la taille de l'échantillon pour ces groupes d'âge était plus petite que celle qui convient à des comparaisons statistiques.

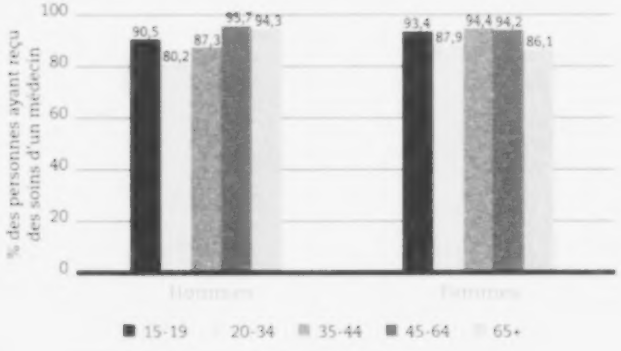
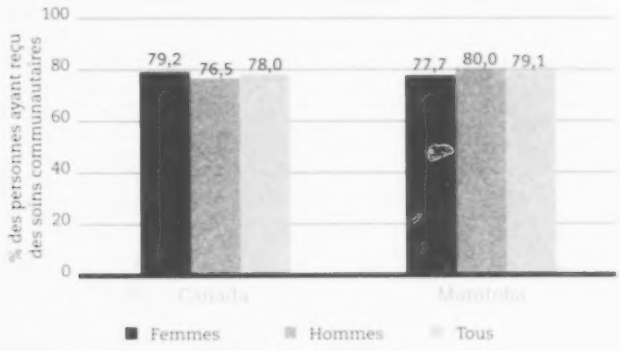


Figure 70.
Pourcentage des Manitobains qui déclarent être très ou plutôt satisfaits des services des médecins, selon le sexe et le groupe d'âge - 2000

9d. Satisfaction des patients : Services communautaires

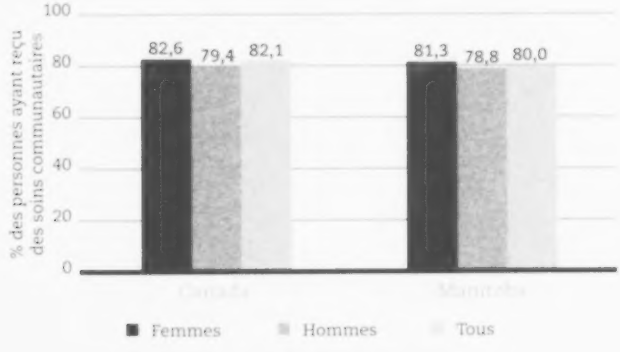
En 2000, 12,3 % des Manitobains (10,2 % des hommes et 14,4 % des femmes) et 11,0 % des Canadiens (8,0 % des hommes et 13,9 % des femmes) qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont reçu des soins de santé communautaires au cours des 12 mois précédant cette enquête. Parmi les personnes qui ont reçu des soins communautaires, tant au Canada qu'au Manitoba, environ 78 % ont évalué la qualité de ces services comme excellente ou très bonne (voir la figure 71).

Figure 71.
Pourcentage des personnes évaluant les soins communautaires comme excellents ou très bons, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000



Parmi les personnes qui ont reçu des soins communautaires au cours de la dernière année, tant au Canada qu'au Manitoba, environ 80 % ont affirmé avoir été très ou plutôt satisfaites de ces soins (voir la figure 72).

Figure 72.
Pourcentage des personnes qui déclarent être très ou plutôt satisfaites des soins communautaires, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000



La figure 73 illustre le pourcentage de tous les répondants à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes qui ont déclaré être très ou plutôt satisfaits des services communautaires, détaillés par groupes d'âge. Plus de 80 % des hommes et des femmes de tous les groupes d'âge illustrés à la figure 73 ont déclaré être très ou plutôt satisfaits des services de soins communautaires qu'ils ont reçus au cours de 12 derniers mois. Statistique Canada nous avise de faire preuve de prudence dans l'interprétation de toutes ces données, à l'exception du groupe d'âge des femmes de 35 à 44 ans. La taille de l'échantillon recueilli pour tous les groupes d'âge/sexe sauf un était plus petite que celle qui est considérée comme appropriée pour des comparaisons statistiques. De plus, les données pour les hommes âgés de 15 à 19 ans, les hommes âgé de 45 à 64 ans et les femmes âgées de 15 à 19 ans ont été considérées par Statistique Canada comme étant trop incertaines pour être publiées.

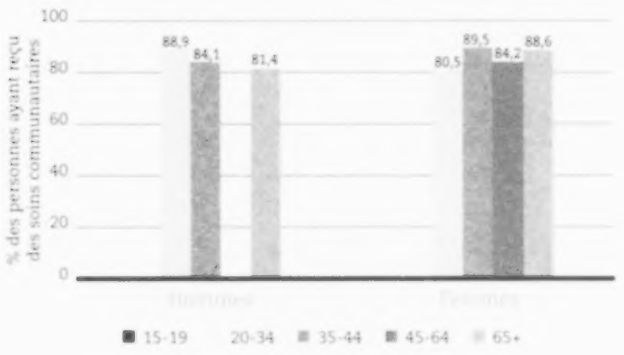


Figure 73.

Précision sur les données

La collecte de l'information sur l'évaluation des services de soins de santé a été réalisée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui a interrogé environ 8 400 Manitobains. Ces données ne s'appliquent qu'aux personnes de 15 ans et plus vivant dans des foyers privés au Manitoba et au Canada, selon le cas approprié. Tout en fournissant des renseignements utiles sur la perception qu'ont les personnes du système de soins de santé, ces données ne peuvent être jugées représentatives et ne peuvent donc refléter la perception véritable du système de santé des Manitobains ou des Canadiens. En particulier, l'enquête ne tient pas compte des personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne. En outre, la clientèle des institutions, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

10. Réadmissions à un hôpital

Les taux de réadmissions à un hôpital pour certaines conditions peuvent fournir une mesure de la qualité des soins. De nombreux facteurs peuvent être liés à la réadmission à un hôpital pour une condition apparentée, par exemple : médicament prescrit au moment du premier congé de l'hôpital, respect des directives par les patients, qualité du suivi dans la communauté, ainsi que qualité et continuité des soins pendant la première hospitalisation. Certains de ces facteurs sont directement liés aux soins donnés à l'hôpital, alors que d'autres concernent l'accessibilité des services appropriés dans la communauté. Des taux de réadmission plus élevés que la normale devraient inciter les gestionnaires des services de santé à examiner les pratiques des hôpitaux, tels que les critères de congé prématuré et à examiner l'accessibilité des services communautaires appropriés, la coordination entre l'hôpital et les fournisseurs communautaires, ainsi que l'éducation des patients et les directives données à ces derniers.

Au Manitoba, on ne peut pas établir de rapport sur cet indicateur. L'heure d'admission à l'hôpital et l'heure de congé ne figurent pas sur les formulaires de congé des hôpitaux du Manitoba. Ces deux variables sont nécessaires pour calculer avec exactitude la durée entre les admissions et pour établir une distinction entre la réadmission et le transfert de patients d'un établissement à un autre.

11. Accès aux services de santé 24/7

L'accès aux services de santé 24/7 consiste à offrir un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à ces services en incluant de l'information, des conseils et des services de traitement directs. Ces services peuvent permettre d'accéder au système de santé afin de répondre aux besoins de soins urgents et de routine.

En ce moment, le Manitoba ne dispose pas de données suffisantes pour établir des rapports précis sur cet indicateur de santé.

12. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaire

Au cours des dernières années, les gouvernements provinciaux ont appuyé des programmes visant à fournir des services de santé aux personnes dans leur foyer et dans leurs communautés en remplacement de l'admission dans des établissements de soins actifs ou de longue durée. Cette tendance présente certains avantages. Par exemple, les personnes qui ont besoin de soins sont souvent plus à l'aise dans leur foyer ou communauté et préservent leur mode de vie et leur indépendance aussi longtemps que possible. En outre, l'espace dans les établissements peut être réservé aux personnes dont les besoins de soins de santé sont plus importants. Des coûts moins élevés sont également souvent associés aux soins à domicile, comparativement aux soins en établissement.

Cet indicateur permet d'évaluer dans quelle mesure les services de soins de santé communautaire sont utilisés. Dans ce rapport, on évalue l'utilisation des services de soins à domicile ou de soins de santé communautaire par le biais des éléments suivants :

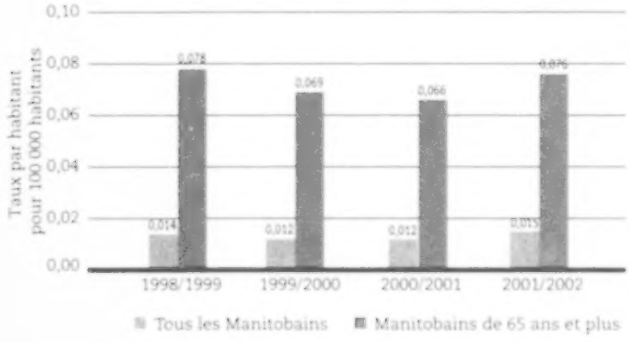
a) le nombre d'admissions aux services de soins à domicile;
b) le nombre d'admissions aux services de soins à domicile pour les personnes âgées de 75 ans et plus;
c) l'estimation du pourcentage de la population recevant des services de soins de santé à domicile, notamment des services d'entretien, des soins infirmiers, de la physiothérapie ou des services de relève;
d) le taux d'hospitalisation pour des conditions propices au traitement ambulatoire.

12a. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaires : Admissions aux soins à domicile

Des services de soins de santé à domicile de haute qualité devraient permettre de réduire les besoins d'admissions aux soins actifs ou aux soins d'urgence des personnes souffrant de certaines maladies chroniques et de retarder ou d'éviter les besoins de soins à long terme dans les établissements. Par exemple, à mesure que le recours aux soins à domicile augmente parmi les personnes âgées, on devrait constater une diminution correspondante des temps d'attente pour de l'espace pour des soins à long terme et une augmentation de la gravité de la condition de la clientèle des soins à long terme. Le fait d'établir des rapports sur les données relatives à ces répercussions prévues des programmes de soins de santé à domicile ainsi qu'à ces indicateurs quantitatifs constitue un moyen indirect de mesure de la qualité de ces programmes. Au Manitoba, le système de registre des salaires des services de soutien du Manitoba a été mis en œuvre en 1988. Il traite les données liées à la prestation des services de soins infirmiers et de soins personnels ou de soutien offerts aux clients à domicile.

À la figure 74, on trouve le nombre d'admissions aux services de soins à domicile financés par l'État, notamment les services de soins de santé et de soutien à domicile. Au cours des quatre dernières années, le taux d'admission par habitant aux services de soins à domicile était de 0,013. Ce chiffre ne représente pas nécessairement 1,3 % des Manitobains comme individus puisque des admissions multiples aux services de soins à domicile sont possibles. Dans les analyses distinctes de la population âgée de 65 ans et plus, ce chiffre passe à 0,072, bien que le taux fluctue d'année en année.

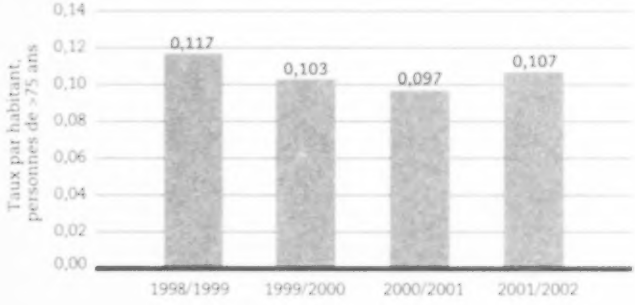
Figure 74.



12b. *Services de soins à domicile et de soins de santé communautaires : Admissions aux soins à domicile, personnes de 75 ans et plus*

Cet indicateur permet d'évaluer le nombre d'admissions aux services de soins à domicile, comme dans le cas précédent, mais uniquement pour les personnes de 75 ans et plus. La figure 75 illustre le taux d'admission aux services de soins à domicile par habitant pour les personnes de 75 ans et plus. De 1998-1999 à 2001-2002, le taux d'admission aux services de soins à domicile par habitant était de 0,107. Ce chiffre ne représente pas nécessairement 10 % des Manitobains comme individus puisque des admissions multiples aux services de soins à domicile sont possibles.

Figure 75.



Précision sur les données

Les données particulières à la prestation des services de soins à domicile (indicateurs 12a, 12b) proviennent de la base de données du Système de registre des salaires des services de soutien du Manitoba. Ce système tient compte des personnes qui répondent aux critères d'admissibilité aux services, qui ont été acceptées dans le programme de soins à domicile et qui ont accepté de recevoir des services de soins à domicile. Pour être admissible au Programme de soins à domicile du Manitoba, la personne doit :

- résider au Manitoba et être inscrite auprès de Santé Manitoba
- avoir besoin de services de santé ou d'aide pour les activités quotidiennes;
- requérir des services lui permettant de rester dans son domicile aussi longtemps que possible;
- avoir besoin d'une aide plus importante que celle offerte par les systèmes de soutien et de ressources communautaires existants.

Le Système de registre des salaires des services de soutien du Manitoba est conçu comme un système de rémunération mais est également une source de renseignements statistiques concernant les services de soins à domicile fournis au Manitoba. Parce qu'il n'est pas fondamentalement conçu comme un système de renseignements statistiques, sa capacité de fournir des statistiques précises et complètes est limitée. Il se peut qu'une quantité relativement faible d'admissions ne soient pas comptabilisées dans le système et que certaines admissions le soient deux fois. Il peut également y avoir des différences dans les rapports au sein des offices régionaux et entre eux en matière de santé. De plus, il peut y avoir des différences, selon les régions, dans la manière d'enregistrer les clients qui reçoivent simplement des services d'évaluation, mais qui, en réalité, n'ont pas bénéficié de services directs de soutien à domicile. La manière d'ouvrir les cas dans la base de données du Système de registre des salaires des services de soutien du Manitoba peut également varier au sein des organismes extérieurs. Le Système de registre des salaires des services de soutien du Manitoba n'inclut pas d'information sur les soins à domicile pour les résidents des communautés des Premières nations dont les besoins en soins de santé doivent être pris en charge par le gouvernement fédéral.

12c. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaires : Utilisation des services de soins à domicile

L'utilisation des services de soins à domicile se définit par la proportion de la population déclarant avoir reçu des services de soins à domicile déterminés. En ce moment, le Manitoba ne dispose pas de données suffisantes pour établir des rapports précis sur cet indicateur de santé.

12d. Services de soins à domicile et de soins de santé communautaires : Conditions propices au traitement ambulatoire

Les taux d'hospitalisation pour des conditions définies comme propices au traitement ambulatoire que l'on peut souvent traiter dans la communauté représentent un indicateur de l'accès approprié aux soins de santé communautaires. Il s'agit de conditions de santé à long terme qui peuvent souvent être traitées grâce à un traitement ponctuel et efficace, sans hospitalisation. Ces conditions incluent le diabète, l'asthme, l'alcoolisme et la toxicomanie, ainsi que l'usage abusif d'alcool et de drogues, les névroses, les dépressions, l'hypertension, et autres. Les soins préventifs, les soins primaires et la gestion axée sur la communauté de ces conditions peuvent permettre de réduire les besoins d'hospitalisation de ce genre.

La figure 76 indique le taux de soins actifs donnés aux malades hospitalisés, standardisé selon l'âge, pour des conditions propices au traitement ambulatoire qui peuvent permettre d'éviter ou de réduire le besoin d'admission à l'hôpital. Les taux reflètent le nombre de patients quittant (en cas de congé ou de décès) les hôpitaux de soins actifs, alors qu'ils avaient été admis pour des conditions propices au traitement ambulatoire. Ce nombre représente une proportion de la population. Pour l'exercice 1999-2000, 495 pour 100 000 habitants du Manitoba ont été admis dans un hôpital de soins actifs pour une condition qui aurait pu être traitée dans la communauté. Ce chiffre semble supérieur à la moyenne canadienne de 401 pour 100 000 habitants.

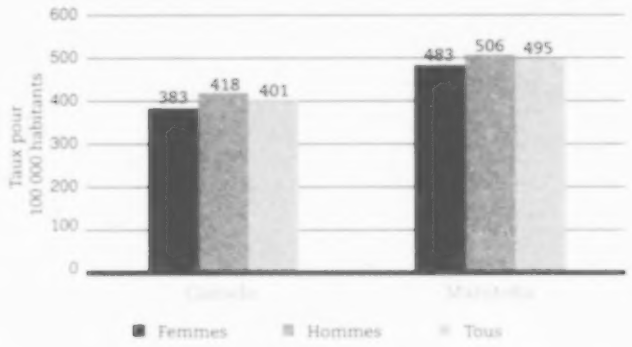


Figure 76.
Taux standardisé selon l'âge des conditions propices au traitement ambulatoire, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 1999-2000

La figure 77 reflète les variations des taux de conditions propices au traitement ambulatoire, standardisés selon l'âge, au cours des cinq dernières années. Au Manitoba, de 1995-1996 à 1999-2000, le taux des conditions propices au traitement ambulatoire a diminué de 17 %. De même, le taux national de 1999-2000 des personnes qui ont été admises dans un hôpital de soins actifs pour une condition qui aurait pu être traitée dans la communauté a diminué de 20 % par rapport au taux de l'exercice 1995-1996.

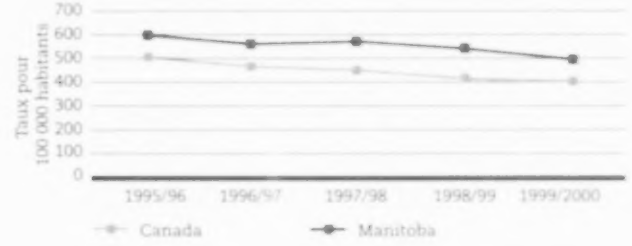


Figure 77.
Taux standardisé selon l'âge des conditions propices au traitement ambulatoire, au Manitoba et au Canada – 1995-1996 à 1999-2000

Asthme chez les enfants

• Le Projet d'éducation sur l'asthme du Children's Hospital a réussi à réduire le nombre de visites à la salle d'urgence du Children's Hospital. La planification a permis de débuter la mise en place de meilleures pratiques de gestion de l'asthme chez les enfants et leur famille dans les régions rurales et Nord du Manitoba.

Programme de traitement communautaire assertif (PACT)

• Le PACT est un modèle de prestation de services faisant appel aux meilleures pratiques mis en place en 2000. Ce programme offre des services de réhabilitation et de soutien dans la communauté, par le biais de l'action sociale d'une équipe diversifiée, qui apporte son soutien aux personnes atteintes de maladies mentales graves et permanentes.

Précision sur les données

Les données sur les conditions propices au traitement ambulatoire (indicateur 12d) proviennent des registres de congés des hôpitaux de soins actifs. Pour cet indicateur, les analyses ne tiennent pas compte des patients non traités dans des hôpitaux de soins actifs (par ex., ceux traités uniquement dans un service d'urgence ou un établissement de soins chroniques). Les données pour cet indicateur ont été fournies par l'ICIS. Il faut prendre en considération lors de l'interprétation de ces données que les processus d'assurance de la qualité utilisés pour ces données ne sont pas connus.

13. Surveillance et protection de la santé publique

Dans la détermination des indicateurs pour ce domaine, on s'est efforcé de choisir un échantillon représentatif des maladies couvrant les quatre domaines de santé publique de base : maladies transmises par l'eau, maladies d'origine alimentaire, maladies transmises par voie respiratoire et maladies transmises sexuellement ou à la suite d'utilisation de drogue par injection. Les maladies sélectionnées sont à déclaration obligatoire au pays assurant une présentation des tendances nationales à long terme dans les rapports. En outre, des rapports sont établis sur l'exposition à la fumée de tabac ambiante déclarée par le patient, car elle reflète l'efficacité du système de santé publique à protéger les non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux publics et les milieux de travail.

On indique les taux d'incidence en ce qui concerne :

a) la tuberculose;
b) le virus de l'immunodéficience humaine;
c) les E. coli producteurs de vérotoxines;
d) la chlamydia;
e) l'exposition, déclarée par le patient, à la fumée de tabac ambiante.

13a. Surveillance de la santé publique : Tuberculose

La tuberculose est une infection transmise par voie respiratoire. La figure 78 présente le taux de cas nouveaux, actifs et récurrents de tuberculose signalés par année. Pour une maladie telle la tuberculose, que l'on peut traiter avec succès, il existe des cas récurrents où une personne peut présenter plusieurs épisodes actifs. C'est pourquoi le taux d'incidence représente tous les cas nouveaux, actifs et récurrents de tuberculose signalés par année et correspond dans les rapports à une proportion de la population totale (puisque la tuberculose peut infecter tout membre de la population).

En l'an 2000, on a signalé 8,5 nouveaux cas de tuberculose au Manitoba pour 100 000 habitants, alors que le taux du Canada était de 5,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Le Canada a connu une diminution régulière de l'incidence de la tuberculose au cours des dix dernières années, le taux de l'an 2000 étant environ 20 % inférieur à celui de 1990. Par comparaison, le taux du Manitoba a fluctué au cours des dix dernières années.

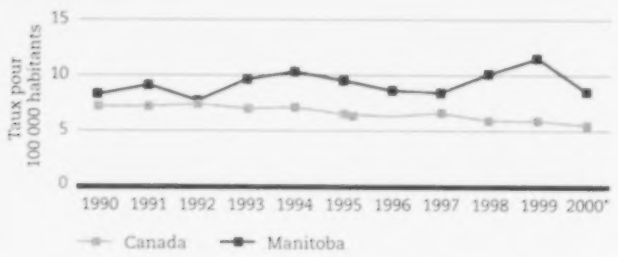


Figure 78.
Taux standardisé selon l'âge des cas nouveaux, actifs et récurrents de tuberculose signalés par année, au Manitoba et au Canada – 1990 à 2000

13b. Surveillance de la santé publique : Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Le VIH est une infection virale transmissible par le sang, les sécrétions vaginales ou le sperme. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de VIH est fonction tant de l'incidence du VIH que des modèles de dépistage. Le nombre de cas de VIH signalés dans une année comprend les personnes infectées durant cette année ainsi que les personnes infectées au cours des années antérieures. La majorité des personnes ne seront pas diagnostiquées durant l'année où elles ont été infectées. En plus des changements dans l'incidence du VIH et des modèles de dépistage, le nombre de nouveaux diagnostics est également influencé par les délais des rapports et l'amélioration de la suppression des rapports en double et ces facteurs devraient être considérés lors de l'interprétation des modifications des chiffres et des taux des tests positifs.

Comme on peut le constater à la figure 79, le taux d'incidence des infections à VIH au Canada a diminué. En 2001, le taux d'incidence du VIH au Canada était de 7,06 nouveaux cas pour 100 000 habitants, soit une diminution de 30 % par rapport au taux de 1995. Au Manitoba, le taux d'incidence du VIH était de 6,1 nouveaux cas pour 100 000 habitants pour la même année.

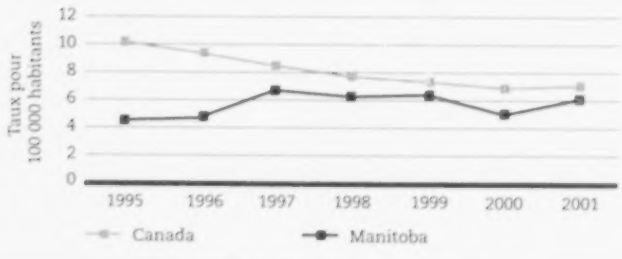


Figure 79.
Taux d'incidence du VIH standardisé selon l'âge, au Manitoba et au Canada – 1995 à 2001

13c. Surveillance de la santé publique : E. coli producteurs de vérotoxines

Les E. coli producteurs de vérotoxines sont un indicateur de maladie d'origine alimentaire et rarement de maladie transmise par l'eau. Bien que les taux indiqués à la figure 80 semblent décroître, l'incidence de E coli est souvent assujettie à des variations sporadiques. En 2001, le taux d'incidence de E. coli producteurs de vérotoxines standardisé selon l'âge au Manitoba était de 5,65 nouveaux cas pour 100 000 habitants (voir figure 80). Le taux national pour 2001 était de 4,04 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

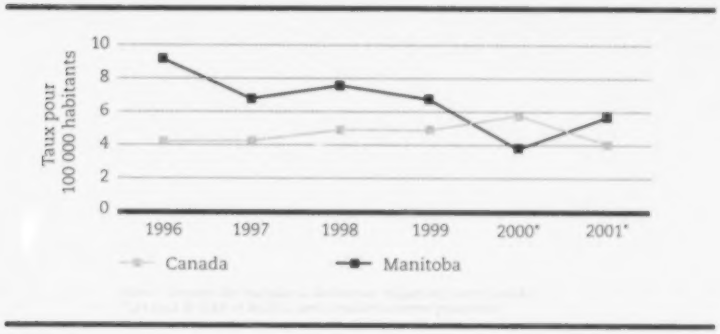


Figure 80.
Taux d'incidence de E. coli producteurs de vérotoxines standardisé selon l'âge, au Manitoba et au Canada, 1996 à 2001

Bureau de l'eau potable

• Le Bureau de l'eau potable surveillera la qualité de l'eau potable et offrira de la formation au grand public et aux opérateurs des réseaux d'aqueduc.

13d. Surveillance de la santé publique : Chlamydia

La chlamydia est une maladie courante transmise sexuellement (MTS) qui, non traitée, peut entraîner l'infertilité chez la femme et une grossesse extra-utérine. La chlamydia a été sélectionnée en tant que MTS pour ce rapport parce que son taux d'incidence supérieur à celui des autres MTS peut être un indicateur plus sensible de modification des comportements à risque et témoigner de l'efficacité des préventions primaire et secondaire.

Tel qu'indiqué à la figure 81, les taux d'incidence de la chlamydia tant au Canada qu'au Manitoba ont augmenté régulièrement depuis 1996. En 2001, au Manitoba, le taux d'incidence standardisé selon l'âge était de 283,0 nouveaux cas pour 100 000 habitants, par rapport au taux de 1996 de 224,4 pour 100 000 habitants. En 2001, le taux d'incidence au Canada était de 161,0 nouveaux cas pour 100 000 habitants en hausse par rapport au taux de 1996 de 114,8 pour 100 000 habitants. L'augmentation de l'incidence de la chlamydia peut refléter partiellement une meilleure sensibilité des nouvelles techniques de dépistage.

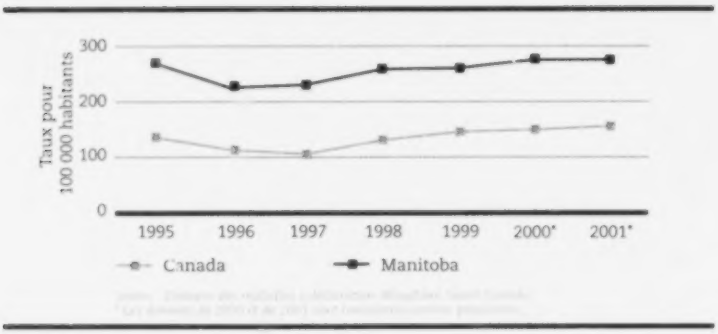


Figure 81.
Taux d'incidence de la chlamydia standardisé selon l'âge, au Manitoba et au Canada – 1995 à 2001*

13e. Surveillance de la santé publique : Exposition à la fumée de tabac ambiante au Canada

Il existe des preuves de la relation entre l'exposition à la fumée de tabac ambiante et la maladie respiratoire. Cet indicateur témoigne de la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux publics et les milieux de travail au Canada.

Les données indiquées à la figure 82 ont été rassemblées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et représentent la proportion des répondants non-fumeurs qui déclarent être régulièrement exposés à la fumée de tabac ambiante dans les lieux publics et les milieux de travail au Canada. Au Manitoba, 26,9 % des répondants non-fumeurs de 20 ans et plus ont déclaré être régulièrement exposés à la fumée de tabac ambiante dans les lieux publics et milieux de travail canadiens. La moyenne nationale est similaire à 25,8 %.

En examinant simplement les répondants de 12 à 19 ans, on constate que le pourcentage de personnes rapportant une exposition augmente de 42 % au Manitoba et de 50 % au Canada. Dans l'ensemble du pays, 39,3% des répondants non-fumeurs de 12 à 19 ans ont déclaré être régulièrement exposés à la fumée de tabac ambiante dans les lieux publics et les milieux de travail. Le chiffre du Manitoba est similaire à 38,2 %.

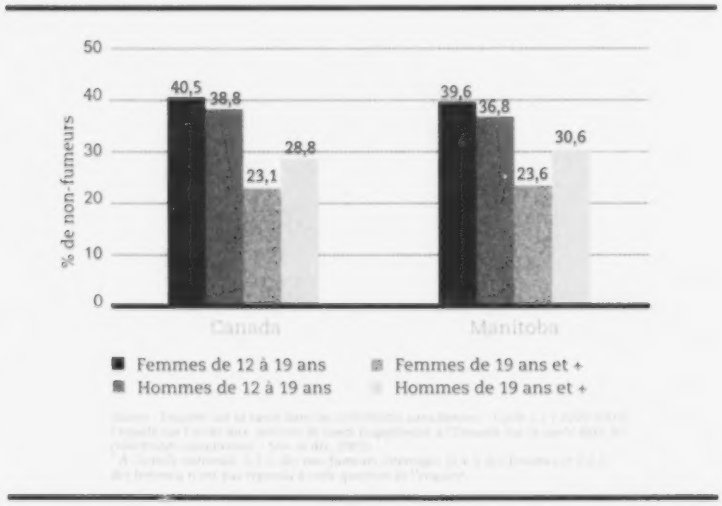


Figure 82.
Proportion de non-fumeurs* qui sont régulièrement exposés à la fumée de tabac ambiante dans les lieux publics et les milieux de travail au Canada, selon l'âge et le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs (Loi 37)

• La Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs a reçu la sanction royale le 9 août 2002. Cette Loi interdira les étalages de produits du tabac ou reliés au tabac à la vue des enfants dans les établissements où ces produits sont vendus. Ces clauses concernant l'étalage seront en vigueur à compter du 1er janvier 2004.

Précision sur les données

La tuberculose, le VIH, les E. coli producteurs de vérotoxines et la chlamydia doivent être déclarés selon la loi. On considère que ces données représentent avec exactitude l'incidence déclarée de ces maladies. Toutefois, les taux d'incidence de ces maladies sont sujets à des variations en ce qui concerne le dépistage. Les variations de l'incidence de ces maladies peuvent refléter les méthodes de dépistage et l'établissement de rapports.

L'information présentée sur l'exposition à la fumée de tabac ambiante a été rassemblée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui a interrogé environ 8 400 Manitobains. Les données correspondant à cet indicateur s'appliquent aux personnes de 12 ans et plus vivant dans des foyers privés au Manitoba et au Canada, selon le cas approprié. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on ne tient pas compte des personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne. En outre, la clientèle des institutions, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

14. Promotion de la santé et prévention des maladies

Les compétences de l'ensemble du pays se préoccupent grandement des maladies et des décès que l'on peut éviter. Dans le cadre du présent rapport, quatre catégories principales de prévention des maladies et de promotion de la santé ont été choisies.

a) l'usage du tabac;
b) l'activité physique;
c) l'obésité;
d) l'immunisation contre la grippe.

14a. Promotion de la santé et prévention des maladies : Usage du tabac

Au Canada, l'usage du tabac est la principale cause des maladies et des décès évitables. Santé Canada estime que l'usage du tabac est responsable de plus de 45 000 décès par an. La nicotine est une substance très toxicomanogène. On estime qu'environ 8 personnes sur 10 qui essaient de fumer deviendront des fumeurs réguliers. En raison du caractère toxicomanogène de la nicotine et du dommage causé à la santé par le tabac, l'usage de ce produit par les jeunes est particulièrement inquiétant.

Les données indiquées à la figure 83 ont été rassemblées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, dans laquelle on a demandé aux répondants s'ils fumaient tous les jours, occasionnellement ou pas du tout. Comme le démontre la figure 83, la proportion des répondants Manitobains qui déclarent fumer quotidiennement est similaire aux moyennes nationales pour chaque groupe d'âges.

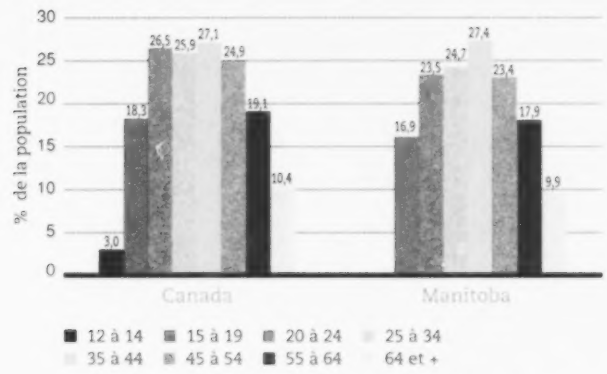


Figure 83.
Proportion des répondants fumant tous les jours, selon l'âge, au Manitoba et au Canada – 2000

À la figure 84, on indique la proportion de répondants de 12 à 19 ans à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui ont déclaré fumer couramment, soit tous les jours, soit occasionnellement. Ces données sont fondées sur la question suivante de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : *À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou pas du tout?* Pour la province, les chiffres sont similaires à la moyenne nationale.

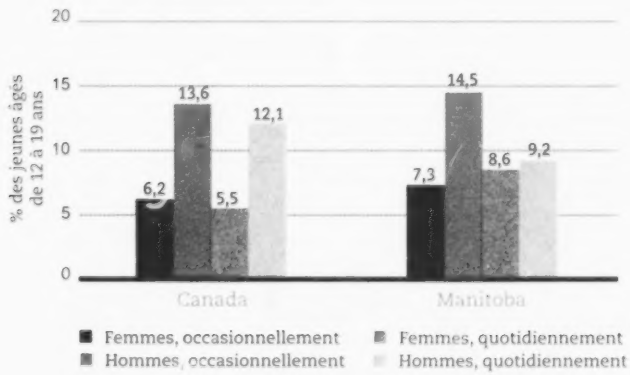
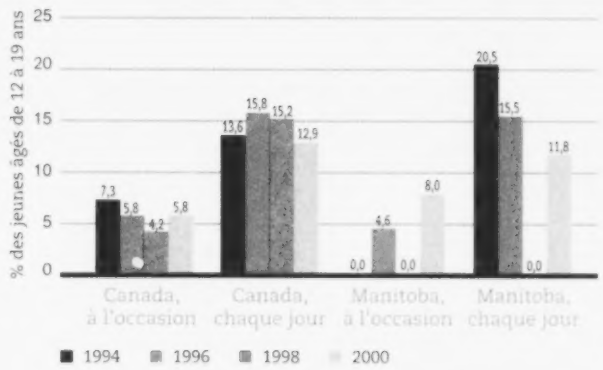


Figure 84.
Proportion des répondants de 12 à 19 ans qui sont des fumeurs, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes précédentes ont permis d'évaluer la situation en ce qui a trait à l'usage du tabac chez les jeunes Canadiens. La figure 85 reflète la proportion des répondants de 12 à 19 ans qui ont déclaré être des fumeurs, soit chaque jour, soit occasionnellement dans les quatre dernières Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (le pourcentage du total des fumeurs actuels au Manitoba est disponible pour 1998, mais n'est pas réparti entre ceux qui fument occasionnellement et ceux qui fument chaque jour). Quand on examine les chiffres correspondant aux personnes qui fument tous les jours, le pourcentage des répondants de 12 à 19 ans qui déclarent fumer chaque jour a diminué, tant au Canada qu'au Manitoba. Au Manitoba, le taux pour l'an 2000 est inférieur de 42 % au taux de 1994. Une diminution similaire de cette importance n'est pas apparente dans les données nationales.

Figure 85. Proportion des répondants de 12 à 19 ans qui sont des fumeurs réguliers, au Manitoba et au Canada – 1994, 1996, 1998, 2000*



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1 (1994), Enquête nationale sur la santé de la population, 1996, 1998, 2000

* Les données du Manitoba sont manquantes pour les fumeurs occasionnels en 1994 et 1996 et pour les fumeurs quotidiens en 1998.

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME CHEZ LES ADOLESCENTS

• Une extension d'un programme de lutte contre le tabagisme chez les adolescents dans les écoles de la province faisait partie d'une stratégie provinciale de contrôle du tabac annoncée par le ministre de la Santé en janvier 2002. Le programme aidera les adolescents fumeurs à arrêter de fumer en leur fournissant l'information, le soutien et la motivation nécessaires pour réussir à arrêter de fumer.

14b. Promotion de la santé et prévention des maladies : Activité physique

L'activité physique suivie est liée à une gamme d'avantages pour la santé. De nombreuses études ont permis de montrer que l'activité physique régulière présente des avantages importants pour la santé cardiaque et que l'inactivité constitue un facteur de risque non négligeable de cardiopathies.

La figure 86 indique le pourcentage des habitants de 12 ans et plus qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et qui ont décrit leur niveau d'activité physique (actif, modérément actif et inactif), séparément pour le Canada et le Manitoba. Au Manitoba, 54 % des femmes et 42 % des hommes ont déclaré être inactifs du point de vue physique. Parmi les répondants à l'enquête, environ 17 % étaient actifs et 21 % supplémentaires était modérément actifs. À l'échelle nationale, les chiffres sont similaires. Tant au Canada qu'au Manitoba, moins de femmes que d'hommes déclarent être actives et plus de femmes affirment être inactives du point de vue physique.

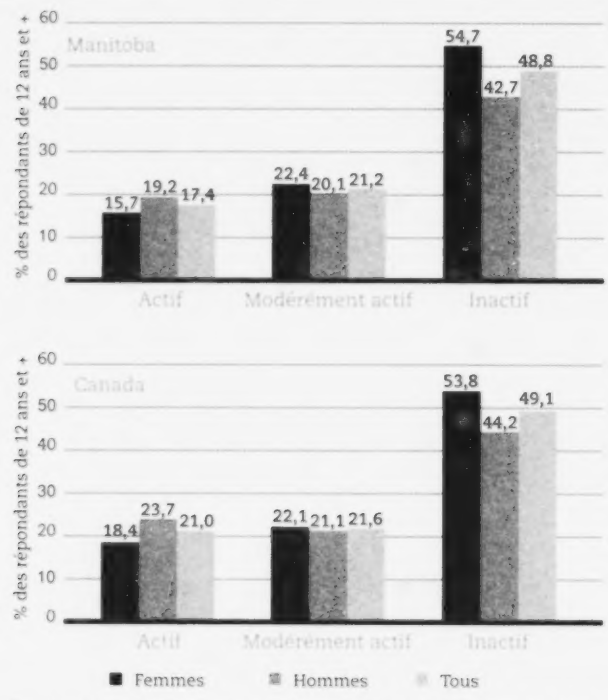


Figure 86. Niveau d'activité physique des répondants, de 12 ans et plus, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada - 2000

Les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes précédentes ont permis d'évaluer l'activité physique. La figure 87 reflète la proportion de répondants de 12 à 19 ans ayant déclaré que leur niveau d'activité physique était actif comparativement à inactif au cours des quatre dernières enquêtes. Bien que le Canada et le Manitoba aient connu des diminutions du nombre de personnes déclarant être inactives, le pourcentage de celles affirmant être inactives est encore près de trois fois supérieur au pourcentage de personnes actives.

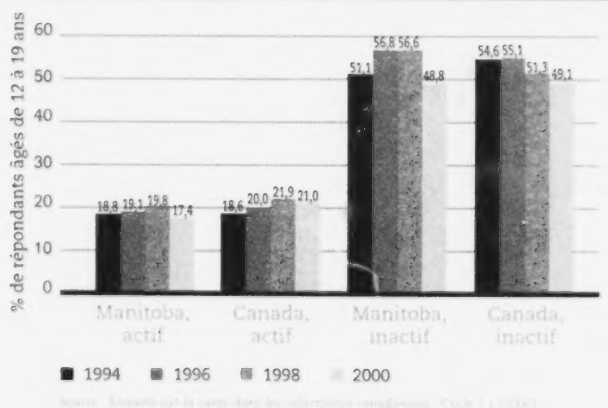


Figure 87. Niveau d'activité physique des répondants, de 12 à 19 ans, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et à l'Enquête nationale sur la santé de la population, au Manitoba et au Canada – 1994, 1996, 1998, 2000

14c. Promotion de la santé et prévention des maladies : Indice de masse corporelle

On a déterminé que l'obésité était un facteur de risque important contribuant à nombre de maladies chroniques, tels le diabète et les cardiopathies. L'indice de masse corporelle (IMC) est la méthode la plus courante pour déterminer si le poids d'une personne se situe dans une gamme saine. L'effet de l'excédent de poids en tant que facteur de risque pour diverses maladies augmente lorsque l'IMC dépasse le seuil de 25 qui représente la norme couramment utilisée dans les articles traitant de la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est fondé sur la taille et le poids auto-évalués des répondants à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes et calculé pour les personnes de 20 à 64 ans, à l'exclusion des femmes enceintes. En raison des divers taux de croissance des personnes de moins de 20 ans, la norme IMC n'est pas considérée comme un indicateur approprié pour ce groupe. Le calcul de l'IMC correspond au poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) au carré.

Selon les normes internationales, les catégories d'indices de masse corporelle sont les suivantes :

- IMC inférieur à 18,5 Insuffisance pondérale
- IMC 18,5 -24,9 Poids acceptable
- IMC 25,0 - 29,9 Surcharge pondérale
- IMC supérieur à 29,9 Obésité

À figure 88, on indique la distribution du poids dans l'ensemble pour les Manitobains et Canadiens. Au Manitoba, 1,4 % des répondants ont un IMC inférieur à 18,5; en d'autres mots, ils seraient considérés comme ayant un poids insuffisant. La majorité des répondants, à l'échelle tant nationale (48,3 %) que provinciale (44,6 %), ont un IMC se situant entre 18,5 et 24,9 – ce qui correspond à un poids acceptable. Un tiers supplémentaire de tous les répondants seraient considérés comme ayant une surcharge pondérale, soit un IMC se situant entre 25,0 et 29,9. Tant au Canada qu'au Manitoba, plus de répondants masculins ont une surcharge pondérale comparativement aux femmes. Pour terminer, 14,9 % de tous les répondants dans l'ensemble du Canada et 18 % des répondants du Manitoba ont un IMC supérieur à 29,9 et seraient classés comme obèses.

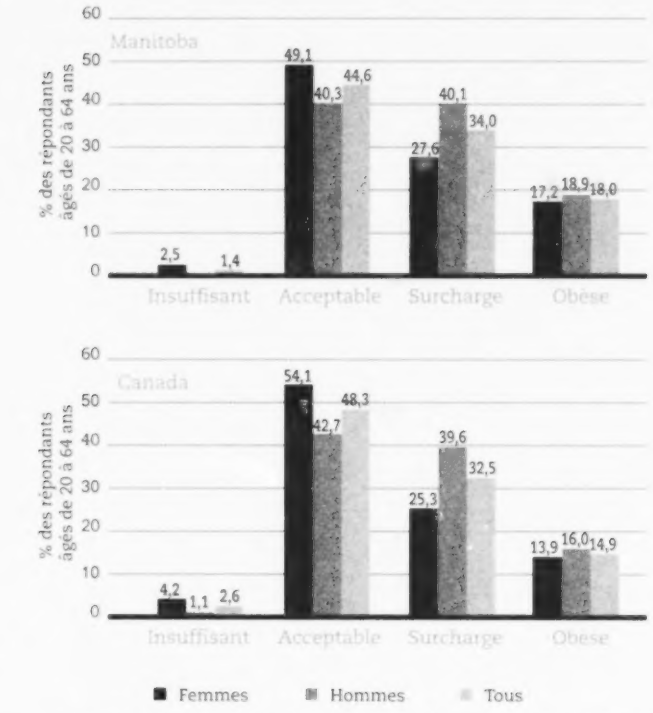


Figure 88.
Indice de masse corporelle (IMC) des répondants âgés de 20 à 64 ans, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

PROGRAMMES D'ÉDUCATION ALIMENTAIRE

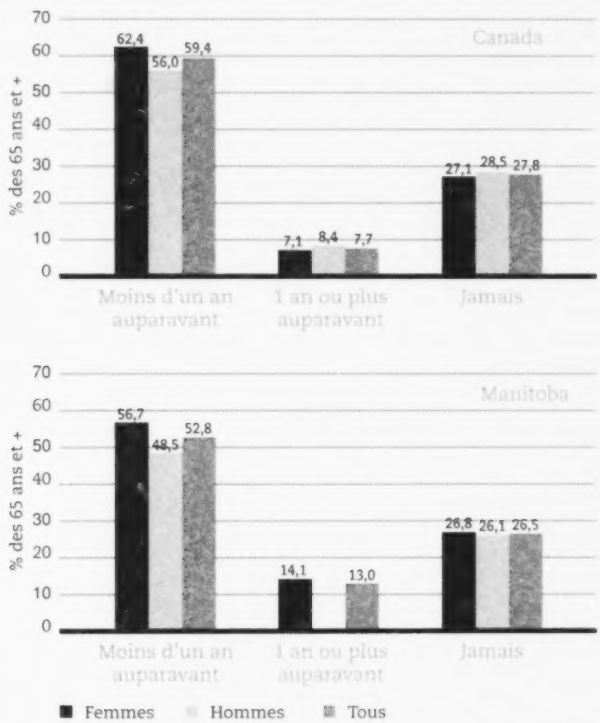
• « Les enfants dans la cuisine », un programme interactif d'éducation alimentaire pour les enfants de 6 à 11 ans, est une initiative interministérielle qui combine l'éducation alimentaire à des habiletés culinaires pratiques.

14d. Promotion de la santé et prévention des maladies : Immunisation contre la grippe (adultes de 65 ans et plus)

Cet indicateur permet d'établir le pourcentage de répondants, de 65 ans et plus, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui ont reçu l'an dernier le vaccin contre la grippe. En particulier, on a demandé aux répondants à l'enquête s'ils avaient reçu un vaccin contre la grippe et à quel moment. Les réponses ont été enregistrées pour les immunisations ayant eu lieu moins d'un an auparavant, une ou plusieurs années auparavant et jamais.

Comme l'indique la figure 89, au moins la moitié des répondants âgés de 65 à 74 ans, aussi bien au Canada qu'au Manitoba, ont déclaré avoir reçu une immunisation récente contre la grippe. Précisément, 56,7 % des répondants au Manitoba et 62,4% des répondants canadiens ont déclaré avoir été immunisés au cours des derniers 12 mois. Aussi bien à l'échelle nationale que provinciale, environ un quart des répondants interrogés ont déclaré n'avoir jamais reçu de vaccin contre la grippe.

Figure 89. Immunisations contre la grippe des répondants, de 65 à 74 ans, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000



Les renseignements sur l'immunisation des répondants âgés de 75 ans et plus à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes sont présentés à la figure 90. Plus de 60 % des répondants interrogés âgés de 75 ans et plus, aussi bien à l'échelle provinciale que nationale, ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois. Plus particulièrement, 59,8 % des personnes interrogées au Manitoba et 68,4 % des répondants au Canada ont déclaré avoir été vaccinés récemment. 17,3 % des répondants interrogés au Canada et 21,3 % des répondants au Manitoba ont déclaré n'avoir jamais été vaccinés contre la grippe.

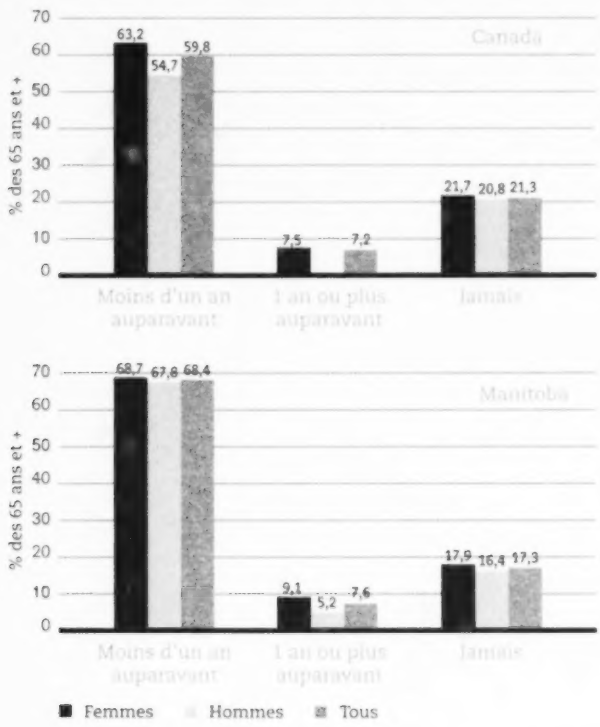


Figure 90.
Immunisations contre la grippe des répondants, de 75 ans et plus, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon le sexe, au Manitoba et au Canada – 2000

Précision sur les données

L'information présentée sur l'exposition à la fumée secondaire indirecte, l'activité physique, l'indice de masse corporelle et l'immunisation a été rassemblée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et, en ce qui concerne les données longitudinales, dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population. La taille de l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes était d'environ 8 400 Manitobains. Pour ces indicateurs, les données s'appliquent aux personnes vivant dans des foyers privés au Manitoba ou au Canada, selon ce qui est approprié. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête nationale sur la santé de la population, on ne tient pas compte des personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne. En outre, la clientèle des institutions, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Toutes ces données rassemblées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population se fondent sur les réponses auto-évaluées aux enquêtes. Spécifiquement en ce qui concerne la taille, le poids et l'activité physique, les individus peuvent ne pas avoir répondu de façon fiable et il faudrait en tenir compte lors de l'interprétation des données.

MG-6278(Fre)/FEB/03